

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

مركز الدراسات والبحوث

أثر أسلوب العلاج الجمعي في الإقلاع عن التدخين

د.نبيل محمود العسال

الرياض

١٤٣٣هـ ـ ٢٠١٢م

٥٥١

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University For Security Sciences



أثر أسلوب العلاج الجمعي في الإقلاع عن التدخين

د.نبيل محمود العسال

الرياض

الطبعة الأولى

١٤٣٣هـ ـ ٢٠١٢م

المملكة العربية السعودية. ص . ب ٦٨٣٠ الرياض : ١١٤٥٢
هاتف ٢٤٦٣٤٤٤ (ـ١ ـ٩٦٦) فاكس ٢٤٦٤٧١٣ (ـ١ ـ٩٦٦)
البريد الإلكتروني : Src@nauss.edu.sa

ISBN 7 - 06 - 8116- 603- 978

P.O.Box: 6830 Riyadh 11452 Tel. (+1 966) 2463444 KSA
Fax (966 + 1) 2464713 E-mail Src@nauss.edu.sa



(١٤٣٣هـ) جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

العسال، نبيل محمود

أثر أسـلوب العلاج الجمعي في الإقلاع عن التدخين وتعديل بعض المتغيرات النفسية للمدخنين، نبيل محمود العسال، الريـاض ١٤٣٣هـ

١٩٤ ص ، ١٧ × ٢٤ سم

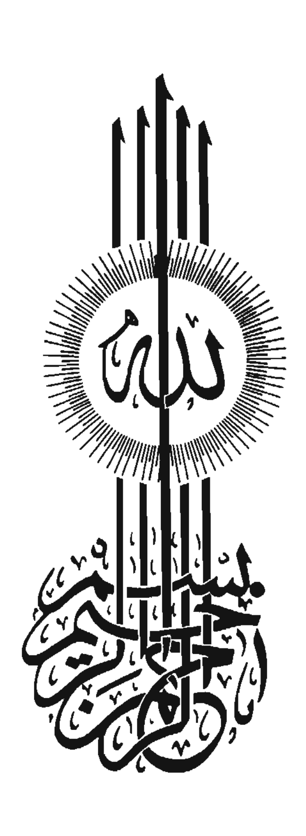
ردمك: ٧ ـ ٠٦ ـ ٨١١٦ ـ ٦٠٣ ـ ٩٧٨

١ ـ العلاج النفسي ٢ ـ مكافحة التدخين أ ـ العنوان

ديوي ٦١٦,٨٩١٥ ١٤٣٣ / ٥١٤٦

رقم الايداع: ١٤٣٣ / ٥١٤٦

ردمك: ٦ ـ ٠٧ ـ ٨١١٦ ـ ٦٠٣ ـ ٩٧٨



كافة الأفكار الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي صاحبها، ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر الجامعة

المحتويـــــــات

الفصل الأول

مدخل إلى مشكلة البحث

١ . مدخل إلى مشكلة البحث

١ . ١ المقدمة

تعـد ظاهرة تدخين السـجائر من اكثر الظواهر غير الصحية انتشـاراً في المجتمعـات العربيـة والأجنبية وعلى الرغم من التحذيـرات الطبية وحملات التوعيـة الحكومية والشـعبية التي تكشـف عـن أخطار التدخين فإن سـلوك التدخـين عـلى المسـتوى العالمـي في تزايد مسـتمر ويرجـع ذلـك إلى عوامل متعددة منها قوة التسـويق، وانخفاض الضرائب والتشريعات المتسـاهلة من قبل بعض الدول.

وعـلى الرغم من تعدد المشـكلات والأخطار المرتبطة بسـلوك التدخين وتنوعهـا فـإن الأضرار الصحيـة الناجمة عنه تـأتي في المقدمـة، فقد توصلت الكثـير مـن الدراسـات إلى ان التدخين يـؤدي إلى الإصابة بسرطـان الرئة في ٨٥٪ مـن الحالات، ويسـهم في الإصابـة بسرطان الفم والبلعـوم والحنجرة والمـريء والمعـدة والرحـم والمثانة والقولـون فضلاً عن كـون التدخين يزيد مـن مخاطر الإصابـة بأمراض القلـب والشرايين والتهابات الشـعب الرئوية وأمراض الحساسـية وزيادة حالات الإجهاض. (الأنصاري ٢٠٠٤م، ص ٢٧ ؛ النـاصر، خليفـة ٢٠٠٠م، ص ١٧؛ بارتيشي وآخـرون ١٩٩٦م، ص ١١)

ومـن ثـم تعـد الأضرار الناتجـة عـن التدخين مـن الكـوارث التي تحل بالإنسـان في كل مـكان من العالم، كـما أنها تزيد من خطورتهـا عن الكوارث الأخرى الناتجة عن انتشـار الأوبئة والكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين وعـلى الرغـم مـن التحذيـرات والتنبيهات عـن أضرار التدخين في وسـائل

الإعـلام والمراكـز البحثيـة أو العلاجية وحتـى دور العبادة فإن هنـاك أفراداً كثيرين لا يهتمون بما يقال أو ينشر.

ومـن الجدير بالذكـر أن الأمـراض الناجمة عن التدخـين لا تقتصر على المدخن وحده بل إنها تمتد إلى من حوله والمحيطين به وهو ما يعرف بالتدخين السـلبي Negative Smoking استنشـاق الدخان بشـكل غـير مباشر فقد دلت نتائج دراسـات حديثة أجرتها منظمة الصحة العالمية أن نسـبة الإصابة بسرطـان الرئة بين غير المدخنين المتزوجـين تبلغ ١٦٪ وأن احتمالات الخطر ترتفع إلى ١٧٪ عند حدوث ظاهرة التدخين السلبي في بيئة العمل. (WHO, 1998).

١ . ٢ مشكلة البحث

أصبح التدخين يمثل بما لا يدع مجالاً للشك نموذجاً للعديد من المشاكل سواء الصحية أو النفسية أو اقتصاديات المعيشة بالنسبة للفرد والمجتمع.

كذلـك فإن الزيـادة المطردة في أعداد المدخنـين والمدخنات لدى طلاب الجامعـة في مـصر كدولـة ناميـة أصبح يمثـل نموذجـاً آخر يهـدد بكارثة في المسـتقبل، وذلـك بالنظـر إلى النقص المطـرد للخدمات الصحيـة المتاحة مع تعاظم دور هؤلاء الطلاب التنموي فيه بشـكل أسـاسي الأمر الذي يتطلب معـه التدخـل العلاجـي للحـد من هـذه الظاهـرة أو القضاء عليهـا. (محمد ١٩٩٧م ص٤٠) خاصـة أن الـتراث السـيكولوجي يقـف عند الدراسـات الارتباطية المرتبطة بتدخين السجائر لدى الجنسين والعمر المتوالي لها. (أحمد، ١٩٨٨م، ص ص ٤٠ ـ ٤٥).

في الوقـت الـذي يزخـر فيه نظـيره الأجنبـي بالعديـد مـن التكنيكات العلاجيـة كالممارسـة المكثفـة (Pool, et al, 1981) Niassed Practice

والتشـبع Satiation (Resink, 1968) والانبعـاث الضمنـي للحساسـية Covert Sensitzation واقتصاديـات البونـات Token Economies وضبـط الـذات Self Management والإرشـاد السـلوكي Behavioral Counseling والعلاج الطبي والعلاج النفسي الجمعي. (عياد ١٩٩٤م)

ولكن إذا كان التطور قد أتاح كل هذا لإظهار هذه التكنيكات العلاجية فقد فرض على بعضها أن يكون أكثر انتشـاراً وأن يحظى بأعظم ما يمكن من اهتمام الباحثين.

ورغـم أن بعض هـذه التكنيكات قـد حصل على دعـم أمبيريقي يؤكد فعاليته فإن البعض الآخر ما زال في حاجة إلى المزيد من التقويم.

ولـذا سـيتم فحص كفـاءة العـلاج النفسي الجمعـي وقدرتـه في علاج وانطفـاء سـلوك التدخـين بالإضافـة إلى احتـمال امتـداد أثر هذا الأسـلوب العلاجـي على تعديل بعض المتغيرات النفسـية والشـخصية للمدخن. لدى عينـة من طـلاب الجامعة مـن المدخنين. وقد وقـع الاختيار لهذا الأسـلوب العلاجـي بصفـة خاصة لأنه مـا زال في حاجة إلى مزيد مـن التقويم والدعم الأمبيريقـي لتأكيـد فعاليتـه وفي نفس الوقـت لم تجر إلا دراسـات قليلة جداً وعلى سبيل التجريب وذلك في البيئة المحلية والعربية بالإضافة إلى أن معظم الدراسات السابقة لم تشر إلى امتداد الأثر العلاجي لأسلوب العلاج النفسي الجمعي على المتغيرات النفسية والشخصية للمدخن وهو ما ستوفره الدراسة الحالية. يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

١ ـ مـا مـدى فاعليـة برنامـج العـلاج النفـسي الجمعـي في الإقلاع عن التدخـين، وهل ينتج عنه تحسـن جوهري لدى أفراد عينة الدراسـة من المدخنين؟

٢ ـ هل هناك احتمال لامتداد أثر العلاج النفسي على تعديل بعض المتغيرات النفسية للمدخن كما تقيسها أدوات الدراسة وهي القلق، الاكتئاب والمتغيرات الفرعية لقائمة E.P.Q وهي الذهانية، العصابية، الانبساطية، الكذب، الميل للجريمة؟.

١ . ٣ أهداف البحث

١ ـ دراسة مدى فعالية برنامج علاج نفسي جمعي في الإقلاع عن التدخين.

٢ ـ خفض بعض الأعراض النفسية للمدخن مثل القلق، الاكتئاب، العصابية، والانبساطية، الكذب، الميل للجريمة، بالإضافة إلى إمكانية احتمال امتداد أثر العلاج النفسي الجمعي بتكنيكاته في تعديل بعض متغيرات الشخصية.

٣ ـ الاستفادة من نتائج هذا البحث في وضع استراتيجية تربوية للوقاية من التدخين.

١ . ٤ أهمية البحث

١ـ أشارت نتائج بعض الدراسات مثل سادوك Sadock 1984، إلى أن بعض التكنيكات الفرعية المنبثقة من أسلوب العلاج النفسي الجمعي يمكن أن تؤدي إلى علاج التدخين إلا أن هذا الأسلوب العلاجي ما زال يحتاج إلى إجراء المزيد من الدراسات وتطوير تكنيكاته وهو ما فعلته الدراسة الحالية وفي نفس الوقت لم تجر إلا دراسات قليلة على حد (علم الباحث) في جدوى أسلوب العلاج النفسي الجمعي على الرغم من أن الكثير من الباحثين قد أشاروا

إلى الدور المهم والناجح لهذا الأسلوب العلاجي في علاج التدخين وتعديـل بعض متغيرات شـخصية المدخن ويشـترط أن يخضع هذا الأسـلوب العلاجـي لضبـط تجريبـي يتـلاءم مـع متغـيرات الحالة المطلوب علاجها.

٢ ـ تتجـلى أهميـة تلك الدراسـة في تعديل بعض الخصائـص الانفعالية للمدخنـين والتي مـن الممكن أن تكـون أحد أهـم العوامل الميسرة التي دفعت المدخن إلى التدخين.

٣ ـ الإسـهام في وضـع خطة وقائيـة لغير المدخنين مـن الوقوع في خطر التدخين حيث أشارت عدة دراسات أن التدخين يرتبط بالكثير من الأمـراض الخطيرة وعلى قمة هذه الأمراض سرطان الرئة وأمراض الجهاز الدورى وفي نفس الوقت يعد التدخين أحد العوامل الميسرة لتعاطي المدخن أنواعاً أخرى من المخدرات أكثر ضرراً.

٤ ـ ندرة الدراسـات التي تناولت التدخـين بصفة عامة وكيفية الإقلاع عنـه بصفـة خاصة حيث إن انتشـار ظاهـرة التدخـين في دول العالم الثالـث يعد صورة وبائية لدرجة أنها تسـمى في تلـك الدول النامية (وبـاء الغد) وقـد تناولت الكثير من الدراسـات مشـكلة التدخين وأصبحـت تعطـي لها الهيئـات والمحافـل العلمية في كثـير من دول العالم مزيداً من الاهتمام وشرعت لها القوانين حتى اسـتطاعت هذه القوانـين الخاصـة أن تحافظ على صحـة المدخنين ولكـن دول العالم الثالث لم تلتفت إلى هذه المشـكلة بالقدر الذي يتناسب مع الأخطار الناجمة عنها سواء على الفرد أو على المجتمع.

٥ ـ اهتمام أغلب الدراسـات والبحوث السابقة بالجوانب الديمجرافية على حساب الجوانب الدينامية ودوافع التدخين والإقلاع عنه.

١ .٥ التعريفات الإجرائية:

١ ـ تدخين السجائر.

٢ ـ المدخن.

٣ ـ العلاج النفسي الجمعي.

٤ ـ الإقلاع عن التدخين.

٥ ـ المتغيرات النفسية.

أ ـ الاكتئاب

ب ـ القلق

ح ـ العصابية

د ـ الانبساطية

هـ ـ الكذب

و ـ الميل للجريمة

١ .٥ .١ تدخين السجائر

الدخان هو نوع من النباتات الأمريكية الأصل، يحتوي على مادة تسبب ضيق التنفس، مأخوذ من لفظ توباكو، وهو اسم جزيرة في المكسيك، وجد فيها هذا النبات، ونقل إلى أسبانيا.

ودخن دخناً خلقه، أي ساء وفسد وخبث، ودخن السيجارة أي امتص دخانها من التبغ، أو دخان التنباك من النارجيلة ثم مجة أي أطلقه من فمه بعد استنشاقه، وتدخن صير الدخان يعلوه. (المسير، ١٩٩٢م).

علـى الرغـم من كثـرة التعريفـات التـي دارت حـول مفهـوم التدخين إلا أنـه يـكاد يتفق على تعريـف التدخين في ضوء ما أسـفرت عنـه البحوث الفارماكولوجية والطبية النفسية، والسيكولوجية، والتي دارت حول ظاهرة التدخين وأيضاً الملاحظات الإكلينيكية للمدمنين.

وتتفـق معظـم التعريفـات مع التعريف الـذي وضعته لجنـة المخدرات التابعة لهيئة الصحة العالمية بأن:

«التدخين هو حالة نفسـية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع الدخان عن طريق الاستنشـاق وخصائصه اسـتجابات وأنماط سـلوكية مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في التعاطي بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثـاره النفسـية أو لتجنـب الآثـار المزعجة التـي تنتج من عـدم توفره». (Al Sabwah, M.N, 2002)

والمقصود بتدخين السجائر هو التناول المتكرر لمادة النيكوتين من خلال تدخين السجائر. والنيكوتين عبارة عن مادة كيميائية، تؤثر بالتنبيه على الجهاز العصبـي المركزي وتؤدي إلى زيادة بسـيطة في ضربـات القلب وضغط الدم، وسرعـة التنفـس، على الرغم مـن أن الكثير من المدخنـين المنتظمين يقررون أنهم يشعرون باسترخاء في أثناء التدخين. (السيد، ٢٠٠٢م،٢٩)

وكلمة نيكوتين نسبة إلى الدبلوماسي الفرنسي جان نيكوت Jean Nicot سـفيـر فرنسا في لشـبونه بالبرتغال الذي نشر مميزات التبغ من خلال الكتابة عن فائدته في إيقاظ الوعي، والانتباه وعلاج الأمراض. (السيد، ١٩٨٧م).

١ .٥ .٢ المدخن

هو الذي يدخن السجائر بانتظام، يميل بصورة عامة إلى عدم الاستقرار النفسي والمسلك العصابى وقوة النشاطات الفمية وهو يلجأ للسيجارة عندما يواجه المواقف العصبية أو بالأحرى يلجأ إلى النيكوتين الذي هو مهدئ نفسي بالنسبة للمدخن.

١ .٥ .٣ العلاج بالأسلوب النفسي الجمعي

هو علاج عدد من المدخنين كما هو محدد في عينة هذا البحث الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً وذلك طبقاً للبرامج والجلسات العلاجية والتي استخدمها الباحث وأشار إليها في فصل الإجراءات.

١ـ تعريف العلاج النفسي الجمعي[1]

هناك عدد كبير من التعريفات التي تناولت العلاج الجماعي النفسي فقد تباينت هذه التعريفات فيما بين الباحثين والاختصاصيين الإكلينيكيين، حيث يرى إدوارد Edward أن العلاج الجماعي النفسي هو جلسات مع عدد من المرضى حيث يشجعون على الاشتراك في المناقشات الحرة، ومن شأن ذلك أن يخفف من حدة المرض والإفصاح عما يجول في ذهن الفرد كذلك يشعر الفرد بأن هناك غيره يشاركونه مشكلته وليس هو وحده. (عياد١٩٩٤م، ص ٢٨ ـ ٢٩. Edwards, D. 1968 P: 5).

بينما يعرفه «ستانفورد بينيه» بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يجتمع فيه عدد من الأفراد المضطربين إنفعالياً في شكل جماعة يجتمعون مع

(1) Group Psychotherapy.

اختصاصي العلاج النفسي، وعن طريق التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة علاجية مفيدة. (عن: عيسوي، ١٩٩٠م ص ١٢٤)

ويتفق (معمور ١٩٩٣م، ص ١٥)؛ مع (سترانخ ١٩٦٥م، ص ٢٣٦) على أن العلاج الجماعي النفسي هو ذلك النوع من العلاج النفسي الذي يتضمن وضع المريض مع آخرين يعانون من نفس المشكلة ويجتمعون مرة واحدة على الأقل أسبوعياً، ويقوم المعالج النفسي بإثارة المشكلة، وبدء الحوار عن طريق مواجهة الواقع والحقيقة وهذه الخطوة تعطي للمريض فرصة للاستبصار بمشكلته، أيضاً يقوم المعالج بتعريف المريض مواطن القوة والضعف في مواقفه الحياتية والشخصية وذلك من خلال تبادل الخبرات والاختلاط مع الآخرين.

و يعرف يحيى الرخاوي العلاج الجماعي على أنه ما يتم من تواصل وتعاون وبصيرة حفز في جماعة مسؤولة لها قائد وهدف مشترك هو التخلص من الإعاقة بالمرض وبسط القدرات نحو الصحة والمرض. (الرخاوي، ١٩٩٣م، ص ١٢٤)

وقد اختلفت تعريفات العلاج الجماعي النفسي وقد عبرت عن وجهات نظر عديدة ومتباينة وبالرغم من هذه الاختلافات الكثيرة إلا أنه يمكن تحديد بعض الملامح التي تشترك فيها جميعاً وهي:

١ ـ استخدام القياس النفسي في كثير من الأحيان لقياس بعض الخصائص والمتغيرات عند الأشخاص الذين يعانون من مشكلات معينة.

٢ ـ رغبة المعالج في مساعدة مرضاه.

٣ ـ اتجاه المعالج لاحترام شخصية هذا المريض رغم ما فيها من جوانب شذوذ أو تفكك.

٤ ـ تكريس كل توجه المعالج نحو فهم شخصية المريض لتوجيهه الوجهة الصحيحة والوصول به إلى أهداف العلاج.

٥ ـ اختلاف المعالجين في أسلوب العمل الذي يرونه مؤدياً إلى الهدف وهذا الاختبار يعكس إطاره النظري التعليمي وطريقة تدريبه.

والتعريف الإجرائي للعلاج الجماعي النفسي كما تتبناه الدراسة الحالية هو:

علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في شكل جماعة يجتمعون مع اختصاصي العلاج النفسي وعن طريق التفاعل الاجتماعي وبعض المناشط التي يتم تدريبهم عليها يتعلمون أنماطاً جديدة من السلوك أو التخفيف من الأساليب السلوكية المرضية واكتسابهم خبرة علاجية مفيدة وطبقاً لخطة برنامج العلاج الجماعي المقترحة.

٢ـ الأسس النظرية والمنطقية للعلاج النفسي الجمعي

يقدر الكثير من الباحثين أن الإنسان لديه ميل فطري طبيعي للحياة الاجتماعية مع الآخرين، حيث يعرف الإنسان في كثير من الدراسات بأنه كائن اجتماعي أو أن الإنسان اجتماعي بطبيعته لديه ميل طبيعي لتنمية وتكوين الارتباطات الوجدانية، ولديه ميل أيضاً للإحساس بالألم والقلق إذا ما اضطربت العلاقات الوجدانية أو انقطعت. (سليمان، ١٩٨٩م، ص ٢١).

فالفرد دائماً يسلك شعورياً أولا شعورياً في ضوء بعدين أو دعامتين أساسيتين لسلوكه، الدعامة الأولى البعد الاجتماعي للسلوك، أما الدعامة الثانية فهي البعد الشخصي لهذا السلوك.

١ .٥ .٤ الأعراض الانسحابية[1]

وهي عبارة عن أعراض جسـمية ونفسية يعايشها المدخن عندما يوقف التدخين وهو ما تقيسـه قائمة الأعراض الجسمية الانسحابية واختبار القلق وقائمة زنج للاكتئاب.

١ .٥ .٥ الإقلاع عن التدخين

هو التوقف عن التدخين وهو أفضل طريقة للشفاء السريع، ويحتاج إلى تصميم وإرادة قوية.

والتعريـف الإجرائـي للإقـلاع عـن التدخين هـو عبارة عن اسـتجابة يقـوم بهـا الفـرد من خـلال برنامـج علاجـي ووجود فـروق بين القياسـين القبـلي والبعدي للمتغيرات يعد من أهم محـكات الحكم على نجاح البرنامج العلاجي.

١ .٥ .٦ الاكتئاب Depression

يعرفه (جبر ٢٠٠٠م، ص ١٧٧) بأنه حالة نفسـية تتسـم بالحزن الدائم المصحوب بالتشاؤم واليأس والانهباط النفسي الحركي.

أما التعريف الإجرائي للاكتئاب هو حصول المدخن على درجة مرتفعة في مقياس زنج للاكتئاب (SDS).

١ .٥ .٧ القلق Anxiety

هو انفعال غير سـار وعدم راحة واستقرار مع إحساس بالتوتر وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية وبشـكل عام يتسم الفرد بالقلق والهم والتوتر والغضب السريع والعصبية وشدة الحساسية وينزعج بسهولة.

(1) Withrawal Symptoms

أما عن التعريف الإجرائي للقلق هو الدرجة التي يحصل عليها على مقياس هاملتون للقلق HARS (جبر ٢٠٠٠م، ب) وهو عبارة عن مجموعة من العبارات التي تصف مشاعر الفرد وحالته النفسية والبدنية والعقلية وفكرته عن نفسه بصفة عامة، تحت كل منها خمسة احتمالات للإصابة.

١ .٥ .٨ العصابية

وهي الميل إلى عدم الاتزان والاضطراب الانفعالي وهي ما يقيسها استخبار الشخصية لأيزنك E.P.Q

١ .٥ .٩ الذهانية

وهي الميل إلى المرض العقلي بارتكاب حماقات وأنماط سلوكية مرفوضة وغير مقبولة من المجتمع والاستمتاع بإيذاء الآخرين وهي ما يقيسها استخبار الشخصية لأيزنك E.P.Q

١ .٥ .١٠ الانبساطية

وهي الميل إلى الانتشار والحركة والظهور والاقتحام وهي ما يقيسها استخبار الشخصية لأيزنك E.P.Q

١ .٥ .١١ الميل للجريمة

وهو سلوك يميل صاحبه إلى مخالفة الأعراف ومعايير السلوك المتعارف عليها ويتفنن في إيذاء الناس ويستغل قدراته العقلية في الأعمال الانحرافية وهو ما يقيسه استخبار الشخصية لأيزنك E.P.Q

الفصل الثاني

الإطــار النظــري

٢ . الإطار النظري

٢ . ١ العلاج النفسي الجمعي

لقد كانت أول محاولة للقيام بممارسة العلاج الجماعي النفسي الجمعي هي تلك المحاولة التي قام بها جوزيف برات J.Pratt عام ١٩٠٥م، عندما نظم فصولاً علاجية للمرضى المصابين بالسل الرئوى. (الزيادي، ١٩٨٨م، ص ٣٧٩)

ومنذ ذلك التاريخ وحتى الحرب العالمية الثانية قد حدث تطور بسيط في هذا الأسلوب العلاجي فلقد استخدم «لازال» Lazell منهج برات Partt للإيحاء وتوجيه النصائح مع مجموعة من المرضى النفسيين في مستشفي سانت إليزابيث.

كما استخدم المنهج ذاته كودي مارش C.March مع مجموعة من الذهانيين حيث كان ينظم فصولاً للفن وأخرى للرقص بينما كان لازال «Lazell» يستخدم فقط أسلوب المحاضرة. (عيسوي،١٩٨٩م، ص ٢١٣).

وقد حدث تطور في حركة العلاج الجماعي النفسي، وما أضافته هذه الحركة من تطورات جذرية بالطب النفسي والعلاج النفسي بشكل عام. فقد أصبح هناك اهتمام بالغ بالعلاج الجماعي سواء من حيث البحث العلمي التجريبي أو التطبيق والمارسة العملية ويعكس هذا الاهتمام صدور الكثير من الكتب والمقالات والدراسات وعقد المؤتمرات الدولية، كذلك تطبيقه في المستشفيات والعيادات والمؤسسات ومراكز التوجيه وفي المدارس وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ٢١٥).

وخـلال الفـترة من ١٩١٠ ـ ١٩١٤م، ظهر مورينـو J. Moreno الذي كـان يجـري تجاربه في المناهـج الجمعية في فيننـا ثم أدخل السـيكودراما عام ١٩٢٥م، في الولايات المتحدة الأمريكية، وفي عام ١٩٣٢ كان مورينو ضمن الرعيل الأول الذي اسـتخدم مصطلح العلاج الجماعـي النفسي. (الزيادي، ١٩٨٨م، ص ٣٨٠).

وخـلال عقـد الثلاثينيات أيضاً وضع سلافسـون برنامجاً جمعياً لعلاج الأطفـال المضطربين انفعالياً وذلك من خلال جلسـات اللعب الحر وبعض المناشط الترفيهية. (زهران، ١٩٨٠، ص ٣٠٨).

وخـلال هذه الفترة ذاتها بدأ الكسـندر وولف A. Wolf عام ١٩٣٨م، في اسـتخدام منهـج العـلاج الجماعي النفـسي والذي سـماه بالتحليل النفسي للجماعات. (الزيادي، ١٩٨٨م، ص ٣٨١).

إلا أن النمـو الكبير المتزايـد لمنهج العلاج الجمعـي النفسي لم يحدث إلا بعـد الحرب العالميـة الثانية فالمتتبع لمـا ينشر في السـنوات الأخيرة يلاحظ أن سـمة انتشـاراً واسـعاً لاسـتخدام العلاج الجمعي النفسي في مجالات عديدة انتشـاراً يكشـف عـن فعالية هـذا العلاج مـن ناحية وعن صلاحيتـه لتناول كثـير من الظواهـر المرضية وغير المرضية من ناحية أخرى. (حافظ، حسـن، ١٩٩٠م، ص ٨٤).

وفي مجـال هذا البحث فـإن العلاج الجماعـي النفسي من أكثر الوسـائل فعالية لعلاج إدمان التدخين للأسباب التالية:

١ ـ أن العـلاج النفـسي في الإطـار الجماعـي يعلم المدمن أنماط السـلوك الاجتماعيـة وأسـاليب التعامل مـع الآخرين التي يفتقـر إليها عادة المدمنون عن طريـق تفاعلهم مع الجماعة كما أن الجماعة تزود المدمن بالمسـاندة وتعلمـه مواجهة نفسـه ومواجهة الغير ومـا إلى ذلك من

عناصر أساسية للنمو المسلكي الصحيح. (الدمرداش، ١٩٨٢م، ص ١٢٠).

٢ ـ بالإضافة إلى أن المدمنين لديهم نقص أو خلل في المهارات الاجتماعية ولذلك فهم لا يحصلون على تدعيم اجتماعي مناسب. (يوسف، ١٩٨٩، ص ٦٧).

لذا يتعلم المدمن من خلال تفاعل الجماعة أساليب الحياة والمهارات اللازمة لحل المشاكل والتعامل مع الغير، فالعلاج النفسي يتيح فرصاً حقيقية لمارسة المهارات الاجتماعية وتحسينها بالإضافة إلى تزويد الأفراد بمدى كبير من النماذج فضلاً عن التغذية الرجعية الحقيقية من الأفراد المختلفين.

٣ ـ الجماعة يمكن أن توفر المناخ الانفعالي الدافئ والمتفهم والبعيد عن النقد والتهديد من خلال الجماعة والمعالج مع التركيز على المشاكل الراهنة وواقع المدمن الحالي والحلول المناسبة والصحية واتخاذ القرارات من خلال المشاركة الجماعية. (الدمرداش،١٩٨٢م، ص١٢١، (Kaufman, E. 1978 PP. 22 - 30

٤ ـ كذلك للعلاج الجمعي أثره لما اتضح من أن المتعاطين يتعاطون الدخان في جلسات جمعية وأن المتعاطي يتخذ من هذه الجلسة فرصة للاجتماع بالآخرين والاندماج معهم، والانطلاق بينهم، وهو ما يعجز عن مارسته بدون الدخان، ولا يستطيع في الوقت نفسه أن يتنازل عنه. (أبو العزايم، ١٩٩٠، ص ٥٢)

٥ ـ كما يمكن للمدخن الذي يعاني من صعوبات في التواصل وفي العلاقة بالآخرين أن يستفيد بدرجة كبيرة من العلاج الجماعي، فكل جوانب حياة المريض تناقش وتبحث بصراحة وتمنحه فرصاً لتجربة

حياتيه تعليمية، وقد وصفت «كرافت» هذا النوع من العلاج وصفاً جيداً حينما قالت «الجماعة العلاجية ليست بعيدة عن ان تكون مدرسة للحياة طلابها هم أولئك الذين وجدوا أنفسهم غير قادرين على تلبية متطلبات وضغوط الحياة اليومية، وهيئة تدريسها هم العاملون بها الذين اكتسبوا درجة من المهارة والحساسية تجعلهم قادرين على تعليم الآخرين المهارات الاجتماعية وكيفية فهم الذات مقررها الدراسي يتكون من مواقف الحياة اليومية التي تشبه في كثير من الجوانب الحياة اليومية العادية، غير أنها تتميز بكونها أكثر حماية وأكثر ثراء بحيث تزيد من فرص التعليم». (أريتي، ١٩٩١م، ص ١٤٩).

فملاحظة المريض داخل بيئة اجتماعية عادية مألوفة نسبياً كما يشير ماكسويل جونز تعلم الكثير حيث يمكن ملاحظة أساليبه العادية في علاقته بالآخرين وردود فعله إزاء الضغوط وما إلى ذلك، فإذا أمكن في نفس الوقت أن نجعل المريض مدركاً لتأثير سلوكه على الآخرين ومساعدته على فهم بعض الدوافع وراء أفعاله فقد أصبح الموقف بذلك ذا إمكانية علاجية،وتلك هي الخاصية المميزة للجماعة العلاجية.

٢ .١ .١ الأساليب المختلفة للعلاج الجماعي النفسي

ترتبط أساليب العلاج النفسي مباشرة بالنظريات النفسية المفسرة لأسباب الأمراض، والافتراض الأساسي في هذه النظريات هو أن السبب الجوهري للسلوك الشاذ يكمن في ذهن المريض أو عقله وتشتمل هذه الأساليب على طرق فنية متنوعة مصممة لتعديل تفكير المريض وكذلك المقدمات والافتراضات والاتجاهات التي تشكل إدراكاته وتكمن وراءها وقد حدد

كوران بارتريدج ذلك بأنه التخفف من الأعراض ذات المنشأ النفسي والتخلص منها من خلال التحكم في الاتجاهات التي أدت إلى تطور هذه الأعراض. إذ إن السلوك الإنساني يقبل التعديل عن طريق الأساليب النفسية المختلفة. (عن: كولز، ١٩٩٢م، ص ٥١٩).

فالعلاج الجماعي النفسي ما هو إلا صورة نشطة ومتطورة من العلاج النفسي، ويرجع ذلك إلى أهمية انتماء الفرد إلى جماعة وما تضفيه هذه الجماعة عليه من فرص التوحد بالأعضاء الأكثر نضجاً وتوسيع المجال النفسي لديه ما يزيد من قدرته على تقييم الأمور وعدم التقيد بوجهة نظره فقط كذلك شعوره بالأمن الذي يدعوه إلى التعبير التلقائي ما يخلع على الجماعة قيمة علاجية مهمة. (حافظ، حسن، ١٩٩٠م ص ٨٤).

والتاريخ للعلاج النفسي الجمعي هو التاريخ للعلاج الفردي النفسي ذاته إذ يمكن تحديد مدارس مختلفة تبعاً للتركيز الذي تضعه على المراحل المختلفة ولكن في العلاج الجماعي ثراء في كل المراحل ينشأ من تزايد التنمية والمساندة التي يمكن اشتقاقها من هذا الشكل العلاجي. (Frank J. D. 1973, PP. 358).

ولقد كان توماس من أوائل من ميز بين مختلف طرائق العلاج الجماعي النفس وقد خلص إلى أنه من المستطاع تقسيمها إلى قسمين كبيرين هما:

الأول: الطرق الكبتية الإيحائية.

الثاني: الطرق التحليلية.

يهتم الأول بضبط الدوافع وكبتها وتوجيهها وجهة الدين والعمل وغيرها من النشاط، بينما يرمى الثاني إلى تخفيف وطأة الكبت لدى المرضى وإطلاق الطاقة النفسية الحبيسة والاستبصار بالدوافع اللاشعورية وتحليلها.

ولقد اتفق أئمة الباحثين على أن العملية العلاجية واحدة في الفرد والجماعة رغم اختلاف الوضعين، فيقول «سلافسون» (لا يقوم العلاج الجماعي على نسق من الديناميات أو علم النفس المرضي مختلف عن النسق الذي تقوم عليه صور العلاج النفسي الأخرى). (شيد لنجر، ١٩٧٠م، ص ص ١٩٠ ـ ١٩١)

غير أن كورسيني Corsini قد قسم العلاج الجماعي النفسي على أساس ثلاثة أبعاد هي:

١ ـ التوجيه[1] (توجيهي وغير توجيهي).

٢ ـ الأسلوب[2] (لفظي أو عملي فعلي).

٣ ـ العمق[3](سطحي أو عمقيق).

غير أن روز برج «Rosenberge» اقترح بعداً آخر وهو مدى احتواء العلاج الجماعي على أساس عقلي أو انفعالي أو عملي فعلي (سلوكي). (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ٢٢٥ ـ ٢٢٧).

(وهو ما طوره ألبرت أليس حديثاً في نظريته من العلاج العقلاني الانفعالي إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي).

ولكن هذه التقسيمات مفيدة فيما يتعلق بالتفسير والأساس النظري للعلاج الجماعي النفسي كعلم.

والأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي النفسي، عديدة ومتنوعة ولكن يجب أن تمارس حسب المعايير التالية:

---

(1) Direction .

(2) Style .

(3) Depth.

- أعضـاء الجماعة ومشـكلاتهم النفسـية: يتوقف أسـلوب العلاج على مـدى تشـابه أو اختـلاف الجماعـة العلاجية في مشـكلاتهم النفسـية والجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

- طريقـة تشـكيل الجماعـة العلاجيـة: حيـث يتوقف أسـلوب العلاج على تشـكيل الجماعـة بطريقـة عشـوائية أو اتباع القواعـد والأصول السوسيومترية.

- مـدى التركيـز على شـخص المعالج النفسي: حيث يتوقف أسـلوب العلاج على التركيز على الجماعة نفسـها، والنظـر إليها ككل متفاعل، وإلى كل عضـو فيهـا على أنـه مؤثر في علاج الآخريـن أو التركيز على العلاقـة العلاجيـة بـين المعالـج وبـين كل مريـض على حـدة وعدم استغلال دينامية الجماعة في العلاج.

- مـدى الاهتـمام بالموقـف الأصـلي والأشـخاص الآخريـن المرتبطين بمشكلة المريض.

- شـكل التأثير السـائد في الجماعة: حيث يتوقف أسـلوب العلاج على التأثـير الحـر التلقائي النشـط أو التأثير في شـكل تلقـين، ويقوم على إعداد سابق.

- نوع النظرية التي يتبعها المعالج: من حيث تركيزها على دينامية الجماعة أو على شخصيات الأفراد.

- المـكان الـذي يمارس فيـه العلاج: مثـل العيـادة أو المستشـفي أو ناد علاجـي........ إلخ. (زهـران، ١٩٧٨م ص ٣١٤ ؛ ١٩٨٠م، ص ٣٠٢ ـ ٣٠٣).

أما عن الأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي النفسي فيمكن استعراضها على النحو التالي بما يفيد ويخدم هذا البحث.

العلاج الموجه بالمحاضرات والمناقشات الجماعية.

التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما أو لعب الدور).

أسلوب مجموعات المواجهة.

١ـ العلاج الموجه بالمحاضرات والمناقشات الجماعية

في هذا الأسلوب يقدم المعالج بصورة رسمية أو غير رسمية سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة لأي مادة نفسية أو اجتماعية أو أكلينيكية أو مادة تاريخية أو أدبية.... إلخ.

وتعرض بأي طريقة بحيث تستولي على اهتمام المريض، وبعد أن ينتهي تقديم المحاضرة تبدأ المناقشة أو يسمح بإجراء المناقشة في أثناء سرد أجزاء من المحاضرة وقد يستعمل الوسائل السمعية والبصرية المعينة[1] كالشرائط والسينما والصور الكرتونية والتسجيلات الصوتية واللوحات والرسوم. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ٢٢٥).

من رواد أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية علاجياً ماكسويل جيمس Games أثناء الحرب العالمية الثانية، وكلابمان (1947) Klapman الذي استخدم أسلوب المحاضرات المكتوبة التي يقرأ كل عميل منها فقرة ويلخصها ويعلق عليها ويناقشها الجميع مناقشة حرة.

ومن رواد البحوث حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية في تغيير الاتجاهات كيرت ليفين Lewin 1937 وكوش وفرنش French Coch & 1948وقد أدت تجاربهم إلى نتائج تدل على أن المناقشات بين أعضاء الجماعة

(1) Audio – Visual aids.

تـؤدي إلى قرار جماعي أكثر صدقاً واتزاناً من تقدير ورأي فرد واحد، ما يؤثر في دقة وكفاية الحكم على إدراك الجماعة. (زهران، ١٩٨٠م، ص ٣٠٦)

كما درسـت (الأعسر ١٩٧٠م) أثر المناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق ووجدت أن الفرد في الموقف العلاجي الجماعي ينشط اجتماعياً وعقلياً وانفعالياً ويسـهل التنفيس والتعبير عن المشـكلات ويزداد الشـعور بالانتماء وإدراك التشابه مع الآخرين ما أدى إلى خفض مستوى القلق.

ولقـد اسـتخدم هـذا الأسـلوب مـع مـرضى السـل بـرات Pratt، كما اسـتخدمه غـيره مع المرضى غـير العضويين، وكان يشـار إلى ذلـك بعيادات الضبـط الفكـري[1] وكان حجـم الجماعـة يـتراوح مـا بـين ١٥ ـ ٤٠ مريضاً (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ٢٢٩)

ويؤكـد بعـض العلـماء أن المحاضرات والمناقشـات الجماعيـة يمكن أن تؤدي إلى نتائج مهمة في تغيير اتجاهات العملاء نحو أنفسهم ونحو الآخرين ونحو مشكلاتهم. (Shaskan & Donald. A., 1972. PP. 10 ـ 15)

كـما تـؤدي دوراً إيجابياً في ترسـيخ الأفكار الصحيحـة وتعديل الأفكار الخاطئة. (أبو سريع، ١٩٩٣م، ص ٢٤٢)

٢ ـ التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما)[2]

التمثيـل النفسي المسرحي أو السـيكودراما من أشـهر أسـاليب العلاج الجماعـي النفـسي، وهو عبـارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشـكلات نفسـية في شـكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصـة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي (Boylin E. 1971, PP: 31)

(1) Thaugh – Control
(2) Psychodrama

ولقد ابتكر هذا الأسلوب «مورينو Moreno» في فيينا عام ١٩٢١م، والذي يرى أن أهم ما في التمثيل المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين (العملاء) وتلقائيتهم بما يتيح التداعي الحر والتنفيس الانفعالي حين يعبرون في حرية تامة في موقف تمثيلي فعلي عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم.... إلخ بما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية، ويعد ويلز Wells 1962 أن التمثيل النفسي المسرحي ابتكار من أهم الابتكارات في العلاج والإرشاد النفسي. (زهران، ١٩٨٠م، ص ٣٠٣).

أما عن موضوع التمثيلية النفسية فإن القصة تدور حول مواقف تمثل خبرات العميل الماضية وخبراته الحاضرة، والخبرات المستقبلة التي خافها ويحتمل أن يواجهها في المستقبل القريب، ويدور موضوع القصة كذلك حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالي وأخرى تهدف إلى حل الصراع وتحقيق التوافق النفسي، ومواقف متخيلة غير واقعية، وأخرى محددة تهدف إلى تشجيع فهم الذات بدرجة أفضل وقد تشمل القصة موضوعات متنوعة مثل الاتجاهات السالبة، والأفكار والمعتقدات الخرافية، الأحلام.... إلخ.

أما عن تأليف موضوع أو قصة تمثيلية نفسية فيقوم به العملاء أنفسهم مسبقاً، وقد يكون التأليف تلقائياً حسب ما تقتضيه المواقف. (زهران، ١٩٨٠م، ص ٣٠٣ ـ ٣٠٤).

أما عن الأدوار التي يلعبها العملاء في التمثيلية فيمكن أن تتعدد لتغطي أدواراً متعددة، أما عن الإخراج فيقوم به أحد العملاء وقد يساعده بعض زملائه، وقد يشترك المعالج معهم بما يظهر تفاصيل الموقف ويمكن من

تخطيط وتحديد كافة الأدوار التي توزع على المشتركين في التمثيل لإظهار أنماط السلوك اللاتوافقي حتى يمكن ضبطه وتقييمه وتقويمه.

والممثلون هم العملاء أنفسهم ويكون لأحدهم دور البطل الرئيس أو الشخصية الرئيسة ويمثل باقى الأعضاء أدوار الأشخاص المهمين في حياته وفي عملية التمثيل، ويحسن أن يختار كل عضو الدور الذي يرغب في تمثيله، ويكون المتفرجون غالباً من أعضاء الجماعة العلاجية وأعضاء فريق العلاج، وبعد التمثيل يبدأ الممثلون والمتفرجون في مناقشة أحداث التمثيلية (من ناحية السلوك وليس من الناحية الفنية) والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه من مواقف الممثلين وخبراتهم ومشكلاتهم وما يظهر من اتجاهات وتجارب... إلخ. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ص ٢٣٩ ـ ٢٤٥)

ويقوم المعالج بتفسير ديناميات التمثيلية وإظهار الشحنات الانفعالية والصراعات الداخلية ومظاهر القلق ما يزيد استبصار العملاء بهدف تعديل السلوك في الحياة العملية. (Olsson, 1973, pp: 141 -143)

٣ ـ أسلوب مجموعات المواجهة [١]

أحد أساليب العلاج الجماعي النفسي والذي ينطوي على عدد من المناشط يباشرها أفراد المجموعة العلاجية بهدف مساعدة كل فرد من أفراد هذه المجموعة لكي يصبح أكثر فهماً لذاته وتعرفاً على حقيقة مشاعره سلبية كانت أم إيجابية، ومعرفة إمكاناته وتوجيه ذاته، وأكثر وعياً بالآخرين وأكثر ارتباطاً بهم ومشاركته لهم، وهو أسلوب يستخدم في تحقيق النمو الشخصي وتحسين العلاقات الإنسانية من خلال تعبير الفرد عن ذاته. (Rogers C., 1970, PP: 76 - 77)

---

(1) Encoumter Group

وترجع الأصول النظرية لأسلوب مجموعات المواجهة كأسلوب علاجي وإرشادى إلى عام ١٩٤٧م، عندما أوضح (كيرت ليفين) أهمية التدريب في تنمية العلاقات الإنسانية بين الأفراد. كما ظهر في نفس الفترة تقريباً اتجاه نحو استخدام أسلوب مجموعات التدريب في تدريب المرشدين النفسيين بجامعة شيكاغو بقيادة كارل وجزر.

ويستمد أسلوب مجموعات المواجهة أُسسه من العلاج الجماعي النفسي إلا أنه يركز أساساً على مشكلات الفرد بقدر تركيزه على فهم الفرد لذاته. (Yalena I. D. & Liebrman. M. A. 1972, p. 61).

وتذكر براي Brg 1972 أن ستولر Stoller أوضح أن الفكرة الأساسية التي تقوم عليها مجموعات المواجهة هي أنه كلما أصبح الفرد أكثر فهماً لذاته أصبحت حياته أكثر ثراء، وإذا أصبح الفرد على بينة بذاته وبما لديه من إمكانات واستعدادات سعى إلى تحقيق كل ما هو ذو قيمة في حياته كما تهتم مجموعات المواجهة بتنمية عدد من قيم الوجود التي ترتبط بمشاعر الفرد وحياته وخبرته الحالية.

وقد أوضح روجرز ١٩٧٠م، دور التفاعل غير اللفظي مثل أنشطة لعب الأدوار، واتصال الجسم[1] في تسهيل عملية التفاعل بين الأفراد في مجموعات المواجهة ومساعدتهم في الحصول على أكبر قدر من المعلومات عن بعضهم البعض بهدف تحقيق التعارف وتيسير سبل التفاهم وتنمية الثقة المتبادلة فيما بينهم.

وغالباً ما يبدأ أفراد المجموعة بمصافحة بعضهم البعض وتقديم أنفسهم للآخرين بما في ذلك اسم الفرد، ووظيفته، ثم يرسم الفرد صورة

(1) Body Contact

بالطباشير تعبر عن نفسه ولا تعطي تفسيرات حول تساؤلات الأفراد عن الصورة لأن هدف ذلك هو كشف الذات، ويتم ذلك من خلال تعارف تبدأ به جلسات المجموعة، كما يشير روجرز إلى أهمية المناقشة الجماعية حول معنى كل تمرين ومضمونه وأهميته.

كما يشير روجرز إلى أهمية الحفلات في تقديم أفراد المجموعة لبعضهم البعض، وفي مساعدتهم في التعبير عن أنفسهم وإلى أهمية أنشطة المرح والضحك واللمس كالربت على الكتف والمناقشة الجماعية في معنى كل تمرين ومضمونه، وأهميته في مساعدة الأفراد على فهم ذواتهم، كما يشير روجرز إلى تمرين يعبر به الفرد عن ثقته في الآخرين حيث يغمض الفرد عينيه بمنديل ويقوده فرد آخر للتعرف على أشياء معينة.

بالإضافة إلى تنمية العلاقات الصحية عن طريق تشجيع التواصل الفكري الذي يكون أكثر خطاً من الأمانة والانفتاح. (كاشدان، ١٩٨٨م، ص ٢١٧).

ويقسم روجرز هذه العمليات إلى عدة مراحل هي:

- التعارف الاستهلالي.
- مقاومة التغيير الشخصي.
- وصف المشاعر الماضية.
- التعبير عن المشاعر الحالية المتبادلة بين أفراد المجموعة.
- التعبير عن المشكلات ذات الصبغة الشخصية.
- نمو القدرة على المداواة (طاقة الشفاء).
- تقبل الذات والبدء في التغيير.

- كشف القناع.

- تلقي الفرد التغذية المرتدة.

- المواجهة المبدئية.

- المواجهة الأساسية.

- تغييرات السلوك بين أفراد المجموعة.

أ- التعارف الاستهلالي

تميز بالتفاعل السطحي بين أفراد المجموعة وبفترات من السكوت نتيجة لعدم معرفة أفراد المجموعة لبعضهم البعض، كما تتميز هذه المرحلة بارتباك الأفراد بسبب عدم معرفتهم بهدف البرنامج ومحتواه وعدد الجلسات التي سوف يقضونها مع بعضهم البعض وبمدى ارتباط البرنامج باهتماماتهم الشخصية وآرائهم ومقترحاتهم.

ب- مقاومة التغيير الشخصي

حيث يبدي الأفراد خوفهم من كشف أنفسهم أمام الآخرين نظراً لعدم ألفتهم وقلة ثقة بعضهم ببعض، ويميل الأفراد إلى إظهار أنفسهم بصورة تعبر عن التكامل وعدم الاضطراب، والقدرة والمعرفة، وعدم وجود مشكلات لديهم ثم يبدأ الأفراد في التعبير عن بعض مشكلاتهم الخاصة بالتدريج.

جـ- وصف المشاعر الماضية

تتضمن المناقشة الجماعية جانباً كبيراً من تعبير الفرد عن المشاعر المتعلقة بالماضي والإحباطات والمشكلات التي حدثت له خلال مواقف معينة.

د ـ التعبير عن المشاعر الحالية المتبادلة بين أفراد المجموعة

حيث يبدأ الفرد في التعبير عن مشاعره إيجابية كانت أم سلبية نحو أفراد المجموعة نظراً لشعوره بالثقة في الآخرين، وغالباً ما يميل الفرد إلى التعبير عن المشاعر السلبية في البداية، وذلك لاختبار مدى الحرية المسموح بها للتعبير عن الجوانب السلبية والجوانب الإيجائية الخاصة به.

هـ ـ التعبير عن المشكلات ذات الصيغة الشخصية

بعد أن يشعر الفرد بالثقة في أفراد المجموعة وبالانتماء إليها وأنهم يحاولون تحقيق رغباته وتقبل مشاعره ما يساعده في التعبير عن بعض الحقائق الخاصة به كوجود مشكلات معينة ترتبط بالزوجة أو مرؤوسيه في العمل أو إحساسه بالعزلة والقلق والاكتئاب وعدم وجود أصدقاء له يبدأ في تقبل أفراد المجموعة حول المشكلات وكيفية التغلب عليها.

و ـ نمو القدرة على المداواة (طاقة الشفاء)

يظهر الأفراد ترابطاً بين بعضهم البعض وقدرة تلقائية من جانب كل منهم على تناول آلام الآخرين ومعاناته ثم مساعدته في التغلب عليها كما يساعد الأفراد بعضهم البعض في التعبير عن أنفسهم خلال جلسات المجموعة وخارجها.

ز ـ تقبل الذات والبدء في التغيير

تعد عملية تقبل الذات بداية للتغيير حيث يعبر الفرد عما يشعر به تجاه ذاته وما يشعر به تجاه الآخرين، ويرى الآخرين يعبرون عن ذواتهم أمامه لذلك يدرك أن الآخرين لديهم جوانب سلبية وأوجه قصور ما يجعله يتقبل ذاته بما لديه من أوجه قصور كما يسعى إلى التغلب على هذه الجوانب السلبية وتغييرها.

حـ ـ كشف القناع

يسـلك كل فرد في المجموعة على طبيعته مع تقدم الجلسـات ويعبر عن مشـاعره الحقيقيـة وليس وفقاً لمـا هو مقبول اجتماعياً، ومـن ثم تختفي بعض الكلـمات التي تعبر عـن المجاملة ويحل محلها مواجهة الـذات والتعبير عنها، ومواجهـة أفـراد المجموعة لمسـاعدتهم في التعبـير عن ذواتهم ويبـدي أفراد المجموعة جهداً واضحاً تجاه تحقيق هذا الهدف.

ط ـ تلقى الفرد التغذية المرتدة (الرجعية)

تسهم التغذية المرتدة السلبية أو الإيجابية في مساعدة الفرد على فهم ذاته والمواجهة مع باقى الأفراد، ويكتسـب الفرد المعلومات التي تسهم في تحديد أسـلوب تفاعله مـع أفراد المجموعة فقد يكتشـف الفرد الـذي ينتقي كلماته بدقـة ويتكلم بإحكام أن هذا الأسـلوب ترفضه المجموعة ومن ثم قد يتخلى عنه.

ي ـ المواجهة المبدئية

تشـير إلى مواجهة أفراد المجموعة لبعضهم البعض بطريقة مباشرة وقد تتناول المواجهة الجوانب الإيجابية للفرد، وإن كانت تتناول الجوانب السلبية عادة فقد يقوم فرد من المجموعة بمواجهة فرد آخر لا يحترم مشاعر الآخرين وتؤدي هذه المواجهة إلى تبصير الفرد بخطئه ما يدفعه إلى محاولة تعديله وهذا من شأنه أن يزيد من تقبل أفراد المجموعة لبعضهم البعض.

ك ـ المواجهة الأساسية

من الآثار الأساسـية لخبرة مجموعـات المواجهة أن يصبـح الأفراد أكثر ارتباطـاً واتصالاً ومشـاركة لبعضهـم البعض حيث تبدأ المشـاركة في الآلام

والآمال والأحزان فمثلاً في إحدى مجموعات المواجهة عبر أحد الأفراد وهو يبكي عن الألم والحزن الذي لحق به بسبب موت طفلة فقال له فرد آخر وهو يبكي إنني لم أشعر بالحزن نتيجة لآلام الآخرين قبل ذلك فأنا أشعر بك الآن تماما.

ل ـ تغييرات السلوك بين أفراد المجموعة

حيث يتضح التغيير في سلوك أفراد المجموعة متمثلاً في حركات الجسم ونغمة الصوت وطريقة الكلام بحيث يصبح سلوكهم أكثر تلقائية، كما يبدي الأفراد ميلاً إلى مساعدة بعضهم البعض وقد عبر أحد الأفراد بأن هناك تغييرات حدثت في سلوكه نتيجة لخبرة مجموعات المواجهة حيث شعر بأنه أصبح أكثر انفتاحاً وأكثر تلقائية، وأنه يستطيع التعبير عن نفسه بحرية وأنه أكثر تعاطفاً مع الآخرين وأكثر ثقة في ذاته وأكثر تقبلاً لأسلوبه في الحياة، وأكثر صدقاً في علاقاته بأصدقائه وزملائه، وأكثر تعاوناً مع الآخرين. (Rogers، C. 1970 PP: 16 - 39)

أساليب التفاعل في مجموعات المواجهة

يشير كل من مابرى، بارناس (Mabry E. & Barmes K. 1980 PP: 104 - 105) أن هناك أسلوبين للتفاعل في جماعات المواجهة أولهما: أسلوب التفاعل اللفظي وهو الذي يرتبط بكل ما يقوله أفراد المجموعة فيما يتعلق بالموضوعات والأفكار والمناشط وإثارة التساؤلات ومحاولة الإجابة والاستفسار عن معلومات معينة، أو تقديم اقتراحات، وهناك السلوك اللفظي المعبر عن الصداقة والمودة والموافقة أو السلوك اللفظي المعبر عن العداوة والتوتر وعدم الموافقة.

أما الأسلوب الآخر فهو أسلوب التفاعل غير اللفظي بين أفراد المجموعة ويتمثل في الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه وتغيير نغمة الصوت وشدته والشعور بنوع من الحرج بين الأفراد في علاقتهم الشخصية وفي أثناء أحاديثهم ومناقشاتهم.

وقد أوضح كل من إيديجر وباترسون (Edinger J. & Patterson, 1983, PP 30 - 35) دورة أساليب التعامل غير اللفظية مثل المسافة الشخصية والنظر إلى المتحدث والانحناء وتعبيرات الوجه ومدة التحدث والمقاطعة في أثناء الكلام وإيماءات الرأس ونغمة الصوت، فهذه الجوانب تلعب دوراً مهماً في عمليات التفاعل بين أفراد المجموعة.

١ ـ تحليل معاني الكلمات[١]

يستخدم تحليل معاني الكلمات بدلاً من التحليل النفسي في جلسات العلاج الجماعي النفسي فبعض علماء اللغة يقررون أن بعض الأنماط الانفعالية والسلوكية متصلة بأنماط من التفكير ومن الاتصال اللغوى، ولذلك فإن أصحاب الصعوبات الانفعالية والسلوكية يمكن مساعدتهم عن طريق تحليل المعاني والتدريب عليها، وتشمل المحاضرات والمناقشات والتدريبات في هذا الصدد النواحي الآتية:

أ ـ نقل وتوصيل المشاعر والانفعالات والعواطف والاتجاهات.

ب ـ إشباع رغبات الفرد في أحلام اليقظة وشطحات الخيال. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص٢٣٢)

(1) Semantic Analysis.

جـ ـ استخدامات اللغة، فللغة وظائف هي توصيل المعارف والأحداث ووحدتها كما أنها وسيلة للتفاهم وأداة صناعية تساعد على التفكير. (يوسف، ١٩٨٩م، ص ٢٣).

كما يشمل التدريب معاني الكلمات، فهناك كلمات ليس لها معان، ومعان ليس لها كلمات، ويتضمن التدريب كذلك معرفة تأثير اللغة على السلوك وعلى الانفعالات، فاللغة تشكل العقول، لذلك فهي تحدد سلوكنا، فاللغة التي يستخدمها الفرد لوصف أعراضه المرضية وصعوباته ومشاعره ربما تكثف وتطيل منها، لذلك على المريض أن يتعلم كيف يستخدم اللغة بدقة أكثر بحيث لا يتجاوز حدود المعنى المراد، ويعطي هذا للمريض قدرة على التحكم في انفعالاته وسلوكه. (Brissett D. et., al. 1983, PP: 118-125)

وتشتمل برامج تحليل معاني الكلمات على تدريب المرضى على الوعي والإدراك[١] لأن اللغة قد تخفي أو تحجب المثير الحقيقي على حواسنا، ولذلك يتدرب المرضى على الفهم غير اللغوي للحقيقة، فيطلب من المريض التقاط شيء ما وأن يشبه ويشعر به وينظر إليه من زوايا متعددة وأن يركز على الإحساسات الصادرة منه دون أن يفكر فيه بالألفاظ، أي التدريب على إحساس بدون استخدام ألفاظ الوصف وبلورة الإحساس.

وقد استخدم لو Low منهجاً قريباً من منهج تحليل المعاني أطلق عليه اسم الشفاء[٢] وتبعاً لهذا المنهج لابد وأن يتعلم المريض أن يستخدم لغة لا تسبب الاضطراب أو الخلط، لأن اللغة من الممكن أن تخلق التوتر وتعزز الأعراض

---

(1) Awareness.

(2) Recovery

الدائمـة ويجـب أن تسـتخدم لغـة جديـدة تناسـب الإحسـاسـات الحقيقيـة وملاحظـات المريض الفعلية، وقد كانت جماعة «لو» لتدريب الإرادة تتكون من عدد من خريجي المستشفيات العقلية من مرضى الذهان ويلتقون في منزل أحدهم بدون وجود المعالج ولكنهم يتبعون التعليمات التي وضعها في كتيب صغـير، قد يقرأون من هذا الكتيب أو يسـمعون تعليـمات المعالج من جهاز تسجيل، وتقدم لهم المشروبات في جو اجتماعي ودي ولقد قيل بحق إن اللغة لا تسـتخدم فقط للتعبير عـن الأفكار وإنما أيضاً تسـتخدم لإخفاء الأفكار. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ص ٢٣٤ ـ ٢٣٥).

٢ـ العلاج المتمركز حول الجماعة

أحد أنواع العلاج الجماعي يعرف باسم العلاج المتمركز حول الجماعة[1]، ولقد استخدم هذا النوع من العلاج هوبس Hobbs وهو أحد أتباع روجرز Rogers. ومعظـم الذين اتبعـوا هذا المنهج أتوا من مدرسـة العلاج النفسي المتمركـز حـول المريـض[2]، لذلك فـإن علاجهم يقـوم على أسـاس القبول التـام للمريض وقبـول كل ما يقوله وعلى إعادة عبـارات المريض وانعكاس انفعالاتـه. ففي الجلسـات الأولى بالذات يجب أن يقبـل المعالج المرضى وأن يعكـس آراء كل مريـض بطريقة تضمن اشـتراك الجماعـة وتفاعلهم كذلك، فـإن الحـوار الطويل مع مريض واحـد له آثار ضارة مع الجماعة. (عيسـوي، ١٩٩٠ ص ١٣٠)

ولا يسمح للمعالج بالتدخل بطريقة ديكتاتورية أو بطريقة مباشرة، بل أن روجـرز يـرى أن دور المعالـج النفـسي لا يزيد على خلـق شروط علاجية

---

(1) Group Centered Therapy.

(2) Client Centered Therapy .

غـير مباشرة وغير موجهة من شـأنها أن تيسر فهم الـذات والنضوج النفسي السليم. (إبراهيم، ١٩٨٣م، ص ١٨٨).

ويشـبه هذا المنهج الاتجاهات في العلاج الجماعي النفسي من حيث عدد أو حجم جماعة العلاج ومن حيث عدد الجلسـات والواقع أن معظم مناهج العلاج الجماعي تميل إلى أن تكون متمركزة حول الجماعة نفسـها. (عيسـوي، ١٩٩٠م، ص ١٣١).

٣ـ جماعات المساعدة الذاتية

تـم تأسـيس هذه الجماعـات في بدايـة السـتينيات في الولايـات المتحدة الأمريكية مثـل قرية «داي توب Daytop» وفينكس هاوس ويقوم المدمنون الذين تم شـفاؤهم بمسـاعدة المدمن الجديد على الإقلاع باستخدام الأدوية ويشـغل وقتـه بصـورة منتظمـة ويواظب على حضـور جماعـات الاصطدام العلاجية. (الدمرداش، ١٩٨٣م، ص ١٧١).

ويرى أعضاء هذه الجماعات أن المؤسسات الاجتماعية القائمة في المجتمع الآن لم تعـد تفي بحاجاتهم، كما أنهم يـرون أنه لا داعي لوجود توجيه مباشر من قائد محـترف، وفي بعض الأحيان من الممكن أن يقتصر عمل الإكلينيكي فقط على تدريب بعض القيادات على العمل الجماعي، وتتميز هذه الجماعات ببعض الملامح الأساسية ومن أهمها:

١ ـ أن توحـد العضـو بجماعـات جديـدة يسـهل عليـه اكتسـاب أنماط سلوكية جديدة.

٢ ـ أن التفاعـل المتبادل بين أعضاء الجماعة يسـهل عـلى العضو مواجهة المشكلات.

٣ ـ على كل عضو أن يتحمل مسؤولية ما يصدر عنه من أفعال.

٤ ـ على العضو أن يسعى لمساعدة الآخرين إذ إن تقديم المساعدة للزميل سوف يمكنه من إحراز التحسن في مشكلاته لأن صورته عن نفسه سوف تتحسن عندئذ.

٥ ـ العضو الناجح هو الذي يعطي المثال السلوكي الذي يحتذى ويبعث الأمل. (الزيادي، ١٩٨٨م، ص ص ٤٠٩ ـ ٤١٠).

٤ ـ حركة المدمن المجهول

ترجع هذه الحركة إلى كل من «بل W. Bell، وبوب Bob» في عام ١٩٣٥م، وكانت تستهدف مساعدة المدمن عن طريق مساعدته لكي يساعد غيره من المدمنين، ولقد استمدت هذه الحركة مبادئها ومناهجها من كثير من المصادر من بينها المصدر الديني حيث كانت تستخدم بعض الأغاني الدينية، ولقد أدخل هذه الحركة الطبيب (سلكورث W. Silkworth) الذي اعتبر أن الإدمان نوع من المرض، ولا تعتمد هذه الحركة على اعتبار أن الإدمان يرجع إلى أسباب نفسية عميقة في الشخصية. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ص ٣١٢ ـ ٣١٣).

ولقد تم تطبيق هذا البرنامج في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد حقق كثير من المدمنين في هذا البرنامج نجاحاً علاجياً لم يتمكنوا من إحرازه في أي شكل من أشكال العلاج النفسي الأخرى. (الزيادي، ١٩٨٨م، ص ٤٠٩)

وفي مصر تكونت هذه الجماعة وأصبح لها لقاءات ثابتة. (أبو العزايم، ١٩٩٠م، ص١٧).

وفي هذا البرنامج يعترف المدمن بأنه في حاجة إلى المساعدة واستعداده لتلقيها، ويعد تقبل الجماعة التام المطلق للعضو الجديد كشخص نافع عاملاً

علاجياً قوياً وأثناء جلساتهم الجماعية يتبادل المرضى المساعدة ويناقشون مشكلاتهم. (الزيادي، ١٩٨٨م، ص٤١٠ ؛ عيسوي، ١٩٩٠م، ص ٣١٣)

وهناك أنواع متعددة أخرى من العلاج الجماعي النفسي من ذلك العلاج عن طريق اللعب. (الفخراني، ١٩٩٢م، ص ١٢٨)

والعلاج الجماعي بالجري، الرقص-الترفيه، العمل.... إلخ (الدمرداش، ١٩٨٢م، ص ١٨٧، الرخاوي ١٩٩٣م، ص ١٢٦ - ١٢٧)

وهذه العلاجات تقوم على الفرضية القائلة بأن العقل السليم والجسم يجب أن يعملا في تجانس، ومن شأن أي حالة مرضية انفعالية أن تحدث إخلالاً وتغييراً في حركات الجسم وبخاصة تلك التي تعبر عن المشاعر.

والعلاج بالجرى، الرقص، الترفيه، أو العمل يزيد التنبه للتكوين الجسدي، الشخصي ويرفع من المقدرة على توجيه الجسد، كما ينمي مشاعر السرور المصاحبة لمشاركة الآخرين في الحركة الجسدية، ويتعامل المعالج هنا مع ظواهر مثل قوة شد الجاذبية الأرضية، التنفس، سريان الطاقة، التشكيلات الفراغية، التتابعات الخاصة للحركات وتكرارية الحركات، وباتباع المرضى للحركات الإيقاعية الجماعية يصبحون أقل اهتماماً بمشاغلهم الذاتية وأكثر استجابة للمثيرات الخارجية، كما أنهم يتعلمون كيف يعملون مع الآخرين في تجانس. (أريتي، ١٩٩١م، ص ٣٥٢)

والباحث الحالي سينهج منهجاً انتقائياً توفيقياً [1] بحيث يختار الأساليب وبعض التكنيكات الفرعية المنبثقة من العلاج الجماعي النفسي المناسبة لعينة هذه الدراسة، باعتبار الجماعة وقوانينها وقدرتها على تشكيل السلوك قاعدة أساسية للعلاج الجماعي النفسي. وذلك من خلال دراسة استطلاعية يحدد

(1) Eclectic

بنـاء عـلى نتائجها أي الفنيات والأسـاليب أكثر فائـدة في علاج المدخنين من أفراد العينة.

٢ .١ .٢الشروط المسؤولة عن تشكيل وإعداد الجماعة العلاجية

يقول «هاربر» لا يمنحنا المعالجون النفسيون الجماعيون مجرد طرق جديدة لمسـاعدة المريـض على تكوين مزيد من الاسـتبصار بخصائص شـخصياتهم التـي ينزعون إلى كبتها أو التبرؤ منها فحسـب ولكنهم يقدمـون أيضاً موقفاً تدريبياً يتمكن المريض فيه من تنمية مهاراته في العلاقات الإنسـانية المتبادلة. (سليمان، ١٩٩٢م، ص ٢٤٧).

فالمسـاندة التي يعطيها المعالج للمريض تكـون متعددة في حالة العلاج الجماعـي النفـسي فهـي تضرب في عـدد الأشـخاص في الجماعـة إذ يتخلص المريض من الشعور بالعزلة حينما يدرك أن الآخرين لديهم صعوبات مشابهة لمـا لديـه، وعندمـا تكون المشـكلات متشـابهة يكون هنـاك مسـاندة متبادلة ومساعدة في تناول هذه المشكلات.

ويمكن تغيير السلوك الشـاذ بواسطة أساليب العلاج النفسي إذا أمكن التعبـير عنـه أو عـن اتجاهاته الفنية، وموقـف الجماعة أكثر تنبيهـاً من العلاج النفسي الفردي، بالإضافة إلى أنه يعطي الفرصة للشـخص لمقارنة مشـكلاته بمشكلات الآخرين. (كولز، ١٩٩٢م ص ٥٤٤).

وللجماعـة قـوي علاجية وإرشـادية يجب اسـتغلالها وتعريـف أعضاء الجماعة العلاجية أو الإرشادية بهذه القوي التي من أهمها:

١ـ التفاعـل الاجتماعي: أي الأخذ والعطـاء والتأثير المتبادل بين أعضاء الجماعـة، فهـو يجعـل الأعضـاء يندمجـون في النشـاط الاجتماعـي،

ويصبح للإرسال والاستقبال الاجتماعي تأثير علاجي ملموس بين جميع أعضاء الجماعة. (زهران، ١٩٨٠م، ص ٢٩٩).

بالإضافة إلى كون هذه الجماعات العلاجية تتميز بحركة العلاقات ومرونة الأدوار وهو ما لا يتوفر للجماعات الأخرى.

٢ـ الخبرة الاجتماعية: فالجماعة تتيح كنموذج مصغر للمجتمع فرصة لتكوين علاقات اجتماعية جديدة، واكتساب خبرات ومهارات اجتماعية تفيد في تحقيق التوافق الاجتماعي، وتعمل الجماعة على إظهار أنماط السلوك الجماعي العام إلى جانب السلوك الفردي الخاص وأنماط السلوك المعياري إلى جانب أنماط السلوك الشاذ. (زهران، ١٩٨٠م، ص ٢٩٩).

٣ـ الأمن والجاذبية: من السمات المميزة للجماعة العلاجية ذلك الجو العلاجي الخالي من القلق والخوف، خلواً نسبياً حيث إن المواجهة الحقيقية مع النفس ومع الآخرين في المجموعة العلاجية تشتمل على تعبيرات صريحة عن الغضب والعدوانية والضيق واضطراب المشاعر وغيرها، وهذه كلها قد تكون مسببة للقلق، هذا الجو العلاجي الخالي نسبياً من القلق والخوف والذي تتوفر فيه مشاعر الأمن والتقبل المتبادل بين أفراد المجموعة يشجع الشخص على أن يغامر بالدخول في مواجهة إنسانية عميقة مع الآخرين في المجموعة العلاجية. (سليمان، ١٩٨٩م ص ٢٥).

بالإضافة إلى أن للجماعة جاذبيتها الخاصة لأعضائها وذلك بتوفير أنشطة جماعية تتيح إشباع حاجات أعضائها وإشعارهم بالأمن وتحقيق الأهداف. (زهران، ١٩٨٠م، ص٢٩٩).

المسايرة وعمليات التعلم الاجتماعي

توجد الفرصة لتعلم بعض الخبرات الوجدانية وبعض العمليات التعليمية التي تتم في الجماعات العلاجية.

بالإضافة إلى أن للجماعة العلاجية معاييرها التي تحدد السلوك الاجتماعي المتوقع ومن أهم هذه المعايير الكلام عن المشكلات في تعبير حر صادق، وإتاحة الفرصة لمناقشتها بهدف الوصول إلى حلها وتغيير السلوك، هذا أو تضغط الجماعة على أعضائها لمسايرة هذا المعيار وعدم مغايرته. (زهران، ١٩٨٠م ص ٢٩٩).

ومن هنا يتوقف نجاح العلاج الجماعي النفسي على نمو تماسك الجماعة والثقة بين أفرادها والجذب والاندماج أثناء سير العلاج، كما يتوقف كذلك على وجود شخص على الأقل في الجماعة يقوم بتمثيل السلوك المطلوب وهو ما يشار إليه بالنموذج المؤثر. (Heilter J. B. 1973 pp: 251 - 254)

ولقد توصلت العديد من البحوث الأمبريقية الخاصة بالجماعة العلاجية إلى مجموعة من النتائج التي تدل على مدى أهمية الجماعات العلاجية في تخفيف الكثير من الأمراض والاضطرابات النفسية.

ففي دراسة قام بها برون وزملاؤه Brahm. et al 1980 وكذلك دراسة وسترمان وزملاؤها Westerman, & et al., 1983 يقررون أن ٦٩٪ من الأفراد الذين اشتركوا معهم في الجماعات العلاجية قرروا أنهم أصبحوا بعد المرور بخبرة الجماعة العلاجية يستطيعون التفاهم مع غيرهم بدرجة أفضل من ذي قبل وأن ٦٠٪ من المشتركين في الجماعة العلاجية ما زالت علاقاتهم بالأفراد الآخرين الذين اشتركوا معهم في الجماعة العلاجية مستمرة، وهم يرون أن ذلك يحقق لهم درجة كبيرة من الرضا والسعادة. (سليمان، ١٩٨٩م، ص ص ٢٣ ـ ٢٤)

٢ .١ .٣ دور المعالج في العلاج الجماعي النفسي

قـام بدنـر وآخـرون Bednar, et al., 1974 بعـرض عـدد مـن نتائج الدراسـات ووجدوا أن فاعلية العلاج ا لجماعـي تعتمد على ما إذا كان هناك تدريب وإعداد للمعالج قبل العلاج أم لا. (عن: كولز، ١٩٩٢م ص ٥٤٧)

وهناك عدة دراسـات تبين أن شـخصية المعالج بغـض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على إعطاء دفعات قوية للعلاج، ما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أسـاليب فعالة دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة. (إبراهيم، ١٩٨٣م، ص ٦١).

وقد تبين أيضاً أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها الـدفء والخلو من القلق والثقة بالنفس ورغبـة المعالج في أن تكون له فائدة للمريض. (الشيخ، ١٩٩٢م، ص ١٤٧).

فـدور المعالج في العلاج الجماعي هو دور أحـد أعضاء الجماعة أكثر منه دور قائد لها. (زهران، ١٩٧٨م، ص ٣١٣).

وهـو دور الملاحـظ يتركـز دوره حـول الإثـارة والضبـط والتركيـب والتفسـير والشرح والتعليق.......إلخ، وهـو يترك التفاعل الاجتماعي الحر يتم بين المرضى بعضهم مع بعض وهو لا يحتكر المناقشـة بل يشـجعها ويقوم بحث كل عضو في الجماعة على التعليق على مشكلات الآخرين وتأويلها.

كذلـك يجب أن يتوافـر في المعالـج الناجـح في العـلاج الجماعـي النزعـــة الديمقراطيـــة في القيـــادة الجماعيـــة (عيســوي، ١٩٩٠م، ص ١٣٠)، وكذلـك يشـجع ويوجـه التفاعـل الجماعـي بحيـث يسـير في قنـوات العـلاج المطلوبـة، بالإضافـة إلى تنميـة روح الوحـدة بحيـث

تصبح الجماعة بؤرة ونقطة ثابتة في الموقف العلاجي، بحيث يتوحد كل فرد معها.

تشكيل الجماعة العلاجية

بينت الخبرات العلاجية أنه ليس هناك قوانين جامدة ينبغي اتباعها عند تشكيل الجماعة العلاجية في العلاج الجماعي النفسي، والأمر يرجع غالباً إلى ذكاء المعالج وخبرته ورؤيته الإكلينيكية، كما يتوقف أيضاً على المنهج العلاجي الذي يتبعه كل معالج، وبعض المعالجين يضعون أسساً معينة عند تشكيل الجماعة والبعض الآخر يتوخى المرونة في التشكيل.

وكمبدأ عام تتوقف فاعلية العلاج الجماعي النفسي بدرجة كبيرة على التركيب المنسجم بين المرضى، فإن تجمع عدد من المرضى دون اعتبارات معينة ودون إتباع خطة منهجية محددة قد يؤدي إلى عواقب سيئة تضر بالمرضى وهذا ما دعا بعض المعالجين إلى التأكيد على أهمية الدقة في تكوين الجماعة، وأن يكون هناك توازن بين الأعضاء من حيث تأثير بعضهم على بعض.

ويتناول الباحث فيما يلي أهم اعتبارات تشكيل الجماعة العلاجية:

أ ـ حجم الجماعة:

لا يوجد اتفاق نهائي على عدد أعضاء الجماعات العلاجية وإن كان معظم المعالجين يفضلون الجماعات التي تتكون من ٧ ـ ٤٠ فرداً وهو العدد الأمثل. (زهران، ١٩٨٠، ص ٣٠١)

فالجماعات الأقل من خمسة أفراد يميل أفرادها أو أعضاؤها إلى أن يكونوا أصدقاء مقربين، أما الجماعات الكبيرة فإنها تميل إلى عزل بعض أفرادها

وانطوائهـم ومـن ثم عـدم إتاحـة الفرصة أمامهـم للتعبير عن مشـكلاتهم. (عيسوي، ١٩٩٠م، ص ١٢٧).

ب ـ نوعية الأعراض

يتجـه بعض المعالجين أمثال «ماكلا» إلى ضرورة تشـابه أعراض الجماعة حتى يكون هناك تجانس، الأمر الذي يمنع ظهور مشـكلات جديدة ناشيءة عن اختلاف نمط الشخصيات وأساليب التعبير.

بالإضافة إلى أن تشابه أعضاء الجماعة في مشكلاتهم وأمراضهم يكون عاملاً مشـتركاً بينهم، ويعد أساسـاً لتماسك الجماعة لوجود اهتمام وتعاطف متبادل ومشاركة انفعالية. (Rice et. al., 1982 P. 118).

جـ ـ تجانس الجماعة

يفضل أن يتم اختبار المرضى بحيث يتجنب أن تكون الجماعة متجانسـة جداً أو غير متجانسة فلا ينبغي أن يختلف أفراد الجماعة في عوامل مثل السن والـذكاء وحـدة المـرض بحيث لا يكونـون منفصلين عن بعضهـم البعض. (عيسوي، ١٩٨٩م، ص ٢١٨).

وبحيـث يتحقـق التـوازن الاجتماعـي في الجماعـة، ويكـون أقـرب إلى الواقع في الحياة الاجتماعية ويتيح فرصة تعلم الأعضاء وتدريبهم مشـاهدين ومشـاركين على كيفية حل مشكلات أخرى غير المشـكلات الحالية قد تطرأ عليهم مستقبلاً. (زهران، ١٩٨٠م، ص ٣٠٢).

د ـ تنظيم وقت الانضمام للجماعة

والمقصـود بذلك أن تحدد الجماعة منذ البدايـة بعدد معين من الأعضاء، ولا يسمح بدخول أحد بعد ذلك حتى يبدأ العلاج لجميع الأعضاء في وقت

واحد وهذا هو الاتجاه الذي يميل إليه (سلافسون) على اعتبار أن المرضى القدامى في المجموعة العلاجية يكونون قد التقوا ببعضهم البعض، وقد يضطربون عندما ينضم أعضاء جدد في الجماعة.

ولكن من الناحية العملية فإن الجماعات تظل مفتوحة فقد ينسحب أحد الأعضاء من الجماعة التي شكلت من قبل، أو ينهي علاجه مبكراً، ولابد من وجود من يحل محله. (عن سليمان، ١٩٩٢م، ص ٣٠٩).

ولكن يراعى في اختيار أعضاء الجماعة أن يكون كل منهم مستعداً أو مهيئاً للانخراط في الجماعة، وألا يكون هناك اعتبارات تجعل وجوده في الجماعة مثيراً للقلق، والازعاج له وللآخرين، وأيضاً ألا تكون الحالة المرضية ما لا يفيد فيها العلاج الجماعي مثل حالات الشخصية السيكوباتية، الضعف العقلي الشديد وغيرها.

خلاصة وتعقيب:

١ ـ يوفر العلاج الجماعي النفسي فرصاً كثيرة لإقامة علاقات متعددة الجوانب، كما يتيح فرصة نحو العلاقات الاجتماعية في مواقف أخرى اجتماعياً من الموقف الفردي وأقرب إلى مواقف الحياة الواقعية العملية حيث توجد علاقات متعددة ومتنوعة ويلخص « هونز » ذلك قائلاً في العلاج النفسي الجماعي يمكن للشخص أن يحقق توازناً بين الأخذ والعطاء. بين الاعتماد على النفس والاعتماد على الغير. (سليمان، ١٩٩٢م، ص ٢٩٣).

وعلى الرغم من أن العلاج الجماعي النفسي يعد حلاً أكيداً وذا فعالية في علاج الإدمان حيث ينصح به العديد من الباحثين واختصاصيو العلاج النفسي مثل «فاي» وكذلك كابلن وغيرهم. (Kaplan H. 1972, P: 295)

وكذلـك أورد (لاروزا Larosa 1974 وويلـت Wille 1973 وبنيهودا Benyehoda 1986) نماذج لدراسات لعب فيها العلاج النفـسي الجماعـي دوراً مهماً وناجحـاً في علاج الإدمـان، فإنه لم تجر دراسـات واضحة عن اسـتخدامات هذا النوع من العلاج لحالات الإدمان في مصر. (الزيادي، ١٩٨٨م ص ٤٠٧) وسيمثل هذا أحد أهداف البحث الحالية:

٢ ـ في منحى العلاج الجماعي النفسي لا ينظر إلى المعالج على أنه العامل الوحيد للتغير وإنما المرضى أنفسـهم هم الذين يقومون بهذا الدور، ذلـك أنهم حين يعبرون بأمانة عن اسـتجاباتهم المباشرة إنما يسـاعد الواحـد منهـم أخـاه عـلى أن يفحـص صـدق إدراكاتهم لأنفسـهم وهكذا تتاح الفرصة لكل عضو لكي يغير سلوكه في ضوء ما يتلقى من تغذية رجعية[1].

٣ ـ تتباين طرق وأسـاليب العلاج النفـسي الجمعي فقد قارن الباحثون بين مدارس العلاج النفسي الجماعي بداية بالعلاج بالتحليل النفسي والعـلاج السـلوكي والمعـرفي وغـير ذلك ما هـو مطـروح في مجال العـلاج النفـسي مـن مـدارس ونظريـات، وانتهوا إلى عـدم وجود فروق بين طرق وأساليب العلاج النفسي الجماعي المختلفة. (حافظ، ١٩٩٠م، ص ٨٥)

لذا سيتبني البحث الحالي بعض التكنيكات المنبثقة من العلاج النفسي (كالمواجهة ـ أسـلوب حل المشـكلات والعلاج السلوكي والعلاج المعـرفي) وبحيـث يخضع اسـتخدام أي من هـذه التكنيكات لضبط

(1) Feadback .

تجريب بعد أن يتم تحديد المحاور الرئيسة التي يجب تعديلها في شخصية المدخن وبحيث تتلاءم مع كل حالة من حالات الإدمان المستخدمة في هذه الدراسة.

٤ ـ إن جماعات المواجهة كأحد طرق العلاج النفسي الجمعي قد أثرت تأثيراً إيجابياً في الأنواع التقليدية من العلاج الجماعي فهذه الجماعات قد صممت أساساً لتنمية العلاقات الصحية عن طريق تشجيع التواصل الفكري الذي يكون أكثر حظاً من الأمانة والانفتاح.

فالنشاط داخل مجموعات المواجهة إنما يدور حول التعبير عن الانفعالات تعبيراً مباشراً غير مقيد، أي التعبير المباشر الفوري عن المشاعر والإفصاح عن الذات تصبح له الأهمية الأولى، على حين تنخفض قيمة التأمل العقلي والفهم المعرفي وكذلك يجبر الأعضاء على أن يكشفوا عن حقيقة شخصياتهم عن طريق التخلي عن دفاعاتهم والتحرر من عوامل الكف عندهم ولعل العبارة التعبيرية التامة[1] توضح ما قصد من جماعات المواجهة والكشف عن الذات في وحشية ومن التعبير المفتوح عن المشاعر. (عياد ١٩٩٤م، ص ٢٥ ؛ كاشدان، ١٩٨٨م، ص ٢١٧)

أي أن المشتركين في هذه الجماعات يطلب إليهم أن يخلعوا أقنعتهم، وأن يكونوا على سجيتهم، ولقد ظهرت فعاليتها أكثر في حالات التعاطي. (عياد، ١٩٩٤م، ص ٢٠٩)، لذا ستركز الدراسة الحالية على الاستفادة من أوجه المناشط المختلفة وديناميات جماعة المواجهة في هذه الدراسة.

---

(1) Letting it all hangout.

٥ ـ أما عن حجم المجموعة العلاجية في هذه الدراسة فسيبلغ عدد أعضاء الجماعة العلاجية خمسة عشر فرداً من المدخنين وهو عدد مناسب حسبما أشارت الدراسات.

٦ ـ سيكون دور الباحث هو دور أحد أعضاء الجماعة العلاجية، وسيتركز دوره حول الإثارة والضبط والتفسير والشرح والتعليق هذا بالإضافة إلى تشجيعه للمناقشة بالإضافة إلى تهيئة الجو العلاجي الذي يسود فيه الحب والتقبل والتسامح والفهم.

٢ . ٢ التدخين

التدخين عادة سيئة وسلوك خاطئ للإنسان إلا أنه من العادات التي يمكن تدارك تأثيرها والإقلاع عنها ويستلزم ذلك قوة إرادة المدخن ووعيه بالآثار المدمرة على صحته.

تؤكد إبراهيم (١٩٩٧م) أن شجرة الدخان شجرة خبيثة شديدة السمية، شديدة المرارة، ويثبت علمياً وعملياً أن الحيوان لا يطيق رائحتها من على بعد ٣ كم، والطير لا يطير على دائرة قطرها ١ كم بعداً عنها لأنها تحوي مواد سامة جداً.

ويوضح (فؤاد، ١٩٩٦م) أن التدخين اليوم يمثل بما لا يدع مجالاً للشك نموذجاً للعديد من المشاكل الصحية المتنوعة بالإضافة إلى أضراره العامة على الذاكرة والعمليات العقلية والمعرفية من خلال وظيفة الانتباه فهو عادة عضلية عصبية معقدة قد تصل إلى الإدمان، ومن خلال إلقاء الضوء على متعاطي السيجارة يتضح أنه يقوم بتأدية ٥٠ حركة عضلية شغلت إشارات المخ بألف إشارة للفرد الذي يدخن علبة واحدة يومياً (عشرين سيجارة) دون داع أو ضرورة حقيقة لذلك.

ويـشرح (Vessey 1996) أن معدل إفراز النيكوتين يزداد بزيادة درجة حموضـة البـول حيث إن المواقف المثيرة للتوتر من شـأنها أن تـؤدي إلى زيادة حموضـة البول وهذا بـدوره يؤدي إلى زيـادة معدل إفـراز النيكوتين ويؤدي إلى أن يصبح المدخن في حالة من الانسـحاب نتيجة زيادة التدخين لتعويض نقص النيكوتين.

وكشـفت نتائج الدراسـة بشـأن الانتظام في تدخين السـجائر بين طلبة الجامعـة ومعدلات الكثافة اليومية لهذا الانتظام والتي يغلب عليها الارتفاع بـين جملـة المنتظمـين، أن هنـاك تلازمـاً بـين انتظـام عـادة التدخـين وزملـة الاختـلالات المقترنـة بتدخين السـجائر مـن ارتفـاع في معـدل التجرؤ على قواعد الحياة الاجتماعية السوية، وارتفاع في معدل الانفتاح على ثقافة تعاطي مواد نفسـية أخرى، وارتفاع معدل الاسـتهداف للآلام والأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية.

يمكننا من اعتبار تدخين السجائر محوراً أساسياً تنتظم حوله مجموعة من المصاحبات متلازمة في بروفيل وبائي متعدد الجوانب. (سويف، ١٩٩٦م)

أسباب التدخين

التدخـين من أقدم عادات الإنسـان وأكثرها انتشـاراً، وهو كارثة قادمة من العالم القديم للعالم الجديد.

التدخـين أصبح قضية مزمنة لا تجد حـلاً قاطعاً لكي يتمتع غير المدخن بالهواء النقي. ولقد تعددت المؤتمرات والمناقشات والدراسات والبحوث في شـتى المجالات تناقش وتحلل هذه الظاهرة المسـتعصية التي أصبحت مرضاً اسـتشرى في جسـد المجتمع المـصري وبسرعة كبـيرة على الرغم مـن إظهار وتوضيـح جميـع المكونات الضـارة الموجودة بالسـجائر وما يسـببه ذلك من

أمراض خطيرة يظهر أثرها على الإنسان المدخن ويطول بعضها الإنسان غير المدخن (التدخين السلبي).

وانتشرت هذه الظاهرة بين جميع الطبقات خاصة الأطباء وهم أكثر فئة تعي أضرار التدخين جيداً دون رقيب عليهم وبين جميع الفئات الأخرى كالمعلمين والموظفين في جميع المصالح والأكثر من ذلك بين فئات العمال والسائقين حتى طال ذلك الأطفال «المقلدين» ثم الأخطر من ذلك الإناث.

الحقائق العلمية تؤكد أن جميع أعضاء الجسم بدون استثناء تتأثر سلباً بالتدخين وأن السيجارة تحتوي على أكثر من ٤ آلاف مادة كيماوية منها ٤٣ مادة قاتلة تتسبب في أكثر من ٢٥ مرضاً وثبت أن ٦٨٪ من سرطان الرئة بسبب التدخين وأن نسبة الإصابة بين المدخنين أعلى ١٦ ضعفاً من غير المدخنين بالإضافة إلى كثير من الأمراض الأخرى.

وأن هناك علاقة مباشرة بين التدخين وتلوث البيئة والإدمان حيث إن ٩٧٪ من متعاطي المخدرات تعاطوها أولاً عن طريق السجائر، وأن المصريين يدخنون ٨ مليارات سيجارة سنوياً، فلابد من وقفة حاسمة لتنفيذ القوانين والقرارات التي تتعلق كلها بمكافحة التدخين وخفض نسبة القطران في السجائر وحظر التدخين في الأماكن العامة والمغلقة، والتدخين حرام شرعاً لأنه يؤدي إلى التهلكة. (Acton, Prochaska, Kaplan, Small, & Hall, 2001)

٢ .٢ .١ الخصائص الفارماكولوجية (للنيكوتين) ومدى تأثيرها على الشخصية

التدخين الفارماكولوجي (مرتبط بنسبة النيكوتين في الدم).

تدخين غير فارماكولوجى (غير مرتبط بمستوى النيكوتين في الدم) ويشمل الفئات التالية:

أولاً: (تدخين غير فارماكولوجى):

١ ـ التدخين النفسي الاجتماعي: ويلجأ المدخن هنا إلى التدخين لأنه يعده رمزاً للمركز الاجتماعي واحترام الذات والعصرية.

٢ ـ التدخين النفسي الحركي: تلعب هنا طقوس التدخين الدور الأساس في إرضاء المدخن مثل تناول السجائر أو الغليون ووضعها في الفم وإشعالها وتحريكها.... إلخ

ثانياً: التدخين الفارماكولوجي:

١ ـ التدخين الانغماسي أو الإشباعي: وهو أكثر أنماط التدخين انتشاراً وهدف المدخن في هذه الحالة الحصول على أكبر قدر من اللذة أو لتكيف لذة تصاحب موقفاً أو تجربة يمر بها وتتباين في هذا النوع كمية الدخان التي يستهلكها المدخن في المواقف المختلفة كما تختلف من مدخن لآخر.

٢ ـ التدخين التسكيني والغرض من التدخين في هذا النوع تهدئة التوتر العصبي أو تخفيفه

٣ـ التدخين المنبه: ويهدف المدخن هنا إلى تنبيه جهازه العصبي لمساعدته على التفكير والتركيز في المواقف المجهدة أو ليساعده على المثابرة على الأعمال المملة.

٤ ـ التدخين الإدماني ويدخن الشخص الذي يصنف ضمن هذا النمط حتى يتجنب آثار الامتناع عن التدخين المزعجة والتي تحدث عند هبوط نسبة النيكوتين في الدم دون تركيز معين اعتاد عليه المدخن وتبدأ هذه الأعراض بعد مضي ٣٠ دقيقة من آخر سيجارة دخنها.

٥ ـ التدخين اللا إرادى: ويشعل المدخن في هذه الحالة السيجارة تلو الأخرى دون أن يشعر بها يفعل ولا ينتبه لما يفعل إلا عند عدم توفر السجائر ويصنف المدخنون من حيث الاستهلاك إلى:

أ ـ مدخن مقل (أقل من ٦ سجائر يومياً)

ب ـ مدخن معتدل (٧ ـ ١٢ سيجارة يومياً)

جـ ـ مدخن مفرط (١٣ ـ ٢٤ سيجارة)

د ـ مدخن مفرط جداً (أكثر من ٢٤ سيجارة) (Brown, Kahler, Zvolensky, Lejuez, & Ramsey, (2001)

تزايد اهتمام علماء النفس في السنوات الأخيرة بإجراء البحوث التجريبية التي تعين على الكشف عن أثر التدخين على عدد من الوظائف النفسية بهدف الكشف عن الدوافع الكامنة وراء احتفاظ الأفراد بعادة التدخين رغم ما لها من مضار صحية.

وقد اعتمدت البحوث الميدانية على تحليل البيانات التي يدلي بها المدخنون عن أسباب تدخينهم للسجائر، والمواقف والظروف التي يرغبون التدخين فيها. وانتهت الدراسات إلى أن نسبة كبيرة من المدخنين أقروا بأن من أهم دوافع تدخينهم للسجائر الرغبة في الحصول على التنبيه، وأنها تساعدهم على التفكير وتركيز الانتباه. (Russell et. al., 1990) كما تشير

بعض الدراسات إلى وجود آثار سلبية للتدخين سواء على وظيفة التذكر قريب المدى[١]، أو التذكر بعيد المدى[٢].

في دراسة سابقة تبين أن الطلاب غير المدخنين كانوا أكثر كفاءة من الطلاب المدخنين في الأداء على عدد من الاختبارات المعرفية الخاصة بوظيفة التذكر قريب المدى والانتباه. (عبد البر، ١٩٨٤م)

يتضح ما سبق أن تدخين السجائر طويل المدى يؤدي إلى نقص في كفاءة بعض الوظائف النفسية.

ويتبين ذلك أيضاً من دراستين أجراهما «أيزينبرج» عامي ١٩٤٨م، ١٩٥٤م Eisenberg حيث إن حقن الفئران بجرعات يومية من النيكوتين لعدة شهور أدى إلى انخفاض دال في أدائها على اختبار تعلم المتاهة الذي تم قياسه من خلال زمن الجرى، وعدد الأخطاء.

ويضاف إلى ذلك دراسة مصرية أجراها «سويف» وزملاؤه عن تعاطي الحشيش طويل المدى وكشفت عن وجود ارتباط سلبي بينه وبين كفاءة بعض الوظائف المعرفية والنفسية الحركية. (Souif et al., 1986)

ورغم الاختلاف الفارماكولوجي بين مكونات المادتين الحشيش والسجائر فهناك أوجه شبه فكلاهما من المخدرات[٣] المؤثرة على الجهاز العصبي المركزي وكلاهما ينتج عنه نوع من الاعتماد[٤].

---

(1) Short – Term Memory .
(2) Long – Term Memory .
(3) Drugs.
(4) Drugs Dependence.

٢ .٢ .٢ النظريات المفسرة للتدخين

يمكن تصنيف هذه النظريات إلى ما يلي:

١ ـ نظريات ركزت على المظاهر الفسيولوجية التي تحدثها مادة التبغ على بعض وظائف الجسم، وهـذه النظريات ركزت على العقار نفسـه، ومن هذه النظريات نظرية الاعتماد الفسيولوجي على النيكوتين.

٢ ـ نظريـات ركـزت على حالة الإدمان، أي التأثير الفسـيولوجي لحالة الاعتماد، وهي تنظر إلى الفروق الفسيولوجية الفردية، مثل هل هناك بعض الناس أكثر شـعوراً بالآثار الخاصة بالمخدر أكثر من غيرهم؟ وتأثيره على الحالة المزاجية، ومن ثم تفسر لماذا كل الناس لا يدخنون السـجائر وليس نفس السـجائر؟ ومن هـذه النظريات نظرية ضبط مستوى الإثارة، ونظرية العملية المضادة في اكتساب الدافع.

٣ ـ النظريات النفسية في الاستعداد واكتساب عادة التدخين، من خلال مفاهيم التدعيم، واسـتراتيجيات التعلم الإجرائي، وأخرى ركزت عـلى الجانب البيئي، مثل تأثـيرات الأفراد، والأحـداث الناتجة على سلوكهم، من خلال تعرضهم لمثيرات بيئية واجتماعية.

أ ـ نظريـة التحليـل النفـسي التـي ركـزت عـلى الدوافع في تفسـير السلوك.

ب ـ نظريـة التعلـم الاجتماعـي التـي ركـزت على مفهـوم الكفاءة الذاتية [١]

جـ ـ نظريات معرفية ركزت على توقع السلوك من خلال المعتقدات.

---

(1) Self - Efficacy.

١ـ إطار الاعتماد الفسيولوجي على النيكوتين[١]

يفترض أصحاب هذا النموذج وجود مستقبلات عصبية معينة في الجهاز العصبي المركزي[٢]، تقع غالباً في المنطقة الوسطى بمقدمة المخ، وتصبح هذه المستقبلات معتمدة على مادة النيكوتين، أي تقوم بإرسال إشارات تحذير كلما انخفض مستوى النيكوتين بالدم إلى درجة معينة، ومن خلال هذه النظرية تعد الرغبة في التدخين نتيجة مترتبة على اشتهاء النيكوتين[٣]، ويكون الهدف من الاستمرار في هذا السلوك هو الاحتفاظ بتوازن النيكوتين مثلما يتم الاحتفاظ بجرعة الهيروين المنتظمة بتوازن الأفيون في المستقبلات الأفيونية بالجهاز العصبي المركزي، وهناك نوعان من الأدلة على صحة هذا النموذج: أولهما زملة أعراض الانسحاب التي تلي التوقف عن التدخين، وثانيهما التغيرات التي تطرأ في معدل التدخين نتيجة التدخل التجريبي.

أ ـ زملة أعراض الانسحاب[٤]

حيث يمكن إجمال هذه الأعراض فيما يلي:

الاشتياق الشديد إلى النيكوتين، والقلق، والتوتر، وضعف الانتباه، وانخفاض التركيز، وبعض التغيرات الفسيولوجية مثل انخفاض ضغط الدم، وانخفاض معدل ضربات القلب، وتناقص الأدرينالين، وبعض التغيرات في عملية الأيض أو التمثيل الغذائي التي تؤدي إلى زيادة الوزن أو نقصانه في بعض الأحيان، وبعض التغيرات في موجات المخ الكهربائية، ما يشير إلى إنخفاض مستوى الإثارة اللحائية[٥].

---

(1) Nicotine Physiological Dependence Theory.
(2) Central Nervous System.
(3) Craving.
(4) Tobacco Withdrawal Syndrome.
(5)Cerebral Cortex .

هذا بالإضافة إلى ظهور عدد من التغيرات النفسية مثل اضطراب النوم، والقلـق العام وزيادة الشـهية للطعام وعصبية مفرطة، مـع تقلبات في الحالة المزاجية، واكتئاب غير حاد. (Brandon, 1994: 35).

ب ـ التدخل التجريبي

افترضـت الدراسـات التجريبيـة أن العلاقة بـين مسـتويات النيكوتين في الـدم ومعـدل التدخين علاقة سـلبية، فإذا زاد مسـتوى النيكوتين في الدم عـن الحد الأمثـل انخفض معـدل التدخين والعكس صحيـح، وقد عالجت هذه الدراسـات مسـتوى النيكوتين في الدم، سـواء عن طريـق حقن الأفراد بالنيكوتين، أو إعطائهم أقراصاً أو ألباناً من النيكوتين، ثم ملاحظة التغيرات التـي طرأت على الأفـراد، وقد تبـين أن إعطاء جرعات فمية مـن النيكوتين كالأقـراص واللبان أدى إلى انخفاض دال في معدل التدخين. (Frosch, et al., 2000: 99)

٢ ـ إطار ضبط مستوى الإثارة

ويفـترض أصحـاب هـذا النمـوذج أن المدخنـين يعتمـدون عـلى مادة النيكوتين لتعديل مستوى الإثارة، فيرى إيكارد Ikard أن الجرعات الصغيرة تؤدي إلى التنبيه ورفع مسـتوى الإثارة، بينما تؤدي الجرعات المتزايدة منه إلى خفض مسـتوى التنبيه والإثارة، فيخبر المدخنون أنهم يدخنون لخفض حدة الانفعالات السلبية، أو سعياً إلى التنبيه والإثارة.

وهـذا مـا يراه أيزنـك في أن الشـخص الانبسـاطى الذي يتميز أساسـاً بانخفاض مستوى الاسـتثارة اللحائية، يتجه إلى التدخين لرفع هذا المستوى إلى الحـد الأمثـل، عـلى حين يتجه الشـخص الانطوائـي الذي يتميز أساسـاً بارتفاع مستوى الإثارة الانفعالية إلى التدخين لخفض حدة الإثارة الانفعالية.

ويضيف أيزنك أن الجرعة المثلى من النيكوتين تختلف من شخص إلى آخر، فيرى أن تأثير النيكوتين يعتمد أساساً على درجة الاستثارة في اللحاء، فعندما تكون مرتفعة، يكون تأثير النيكوتين مؤدياً إلى خفض الاستثارة، وعندما تكون الاستثارة اللحائية منخفضة يصبح تأثير النيكوتين مؤدياً إلى زيادة مستوى الاستثارة، كما يرى أن التأثير النهائي للنيكوتين لا يمكن تحديده إلا من خلال تفاعل العوامل التالية: شخصية المدخن، وأسلوب تدخينه للسيجارة، وطبيعة الموقف الذي يوجد فيه، وعن طريق هذا التفاعل ينتج التأثير النهائي للنيكوتين الذي يكون في العادة مؤدياً إلى وصول مستوى الإثارة إلى المستوى الأمثل. (Eysenck, 1973: 181)

لذلك يرى أصحاب هذا النموذج أن الدافع الرئيس لتمسك المدخن بعادة التدخين واستمراره فيها هو التدعيم الإيجابي الذي يحصل، عليه وأن المدخنين يستخدمون السيجارة كوسيلة سيكولوجية يمكن التحكم بها في مستوى الاستثارة والاتجاه إلى الحد الأمثل، الذي يؤدي في نهاية الأمر إلى التحكم في مستوى الحالة المزاجية، وتعزيز كفاءة الأداء، ويستشهدون في ذلك ببعض نتائج الدراسات التجريبية التي تمت على أفراد مدخنين، وأثبتت صحة هذا التفسير. (عبد البر، ١٩٨٨م: ٣٤)

من هنا يرى أصحاب هذا النموذج أن التدخين ينظم مستوى «النيكوتين» في الدم، أي أنه مكافأة في حالة انخفاض هذا المستوى، وهذا يفسر لماذا يستمر المدخنون في عادة التدخين، ويعجزون في التوقف عنها على الرغم من التحاقهم ببرامج عديدة للتوقف، كما أن النيكوتين يثير مكافآت نوعية لمراكز الجهاز العصبي، فيغير من مستوى نشاطه، ويضعف حساسيته للمنبهات الخارجية، ويزيد من معدل ضربات القلب، وتنتج بعض هذه الآثار مباشرة لتعاطي النيكوتين، ولا يعني هذا أن المحافظة على مستوى

«النيكوتين» محدد وحيد لاستمرار التدخين، إذ تلعب محددات أخرى مثل التشريط دورها في ذلك. (محمود، ١٩٨٨م: ٧٤) .

٣ـ نظرية العملية المضادة في اكتساب الدافع

حيث يرى سولمون Solomon أن الاحتفاظ بتعاطي النيكوتين يمكن تفسيره من خلال التدعيم السلبي أي تجنب الآثار السلبية لانسحاب مادة النيكوتين في الدم، فالجهاز العصبي للكائن الحي يسعى دائماً نحو مبدأ الحفاظ على التوازن الداخلي، وأن أي استثارة سارة أو غير سارة (فرح، حزن) يعقبها دائماً حالة مضادة مخالفة لحالة الاستثارة الأولى، وتتميز هذه العملية المضادة بأنها تظهر وتختفي ببطء، ويرى أصحاب هذه النظرية أيضاً أن تكرار المنبه السار يؤدي إلى زيادة تدعيم العملية المضادة وطول مدتها. وهذا التدعيم يؤدي إلى انخفاض الانفعال السار، ويؤيد هذا الاتجاه بعض الدراسات، ففي مسح أجراه كل من ميتيس وماك جير ونيومان سنة ١٩٨٥م، على عدد ١٩٨٤ شخصاً من الكنديين أخبر المدخنون المنتظمون والمدخنون المفرطون عن مشاعر من التوتر والضيق والقلق كلما امتنعوا عن السجائر، حتى بعد مرورهم بانفعال الضحك لفترة «٥٥» دقيقة.

كما يخبر المدخنون المنتظمون فترات من التوتر تعكس عملية ضبط الحالة المزاجية، فالتنافر البسيط للتوتر والتهيج العصبي أثناء الامتناع النيكوتيني تدفع المدخنين إلى الحصول على مزيد من النيكوتين للعودة للحالة المزاجية السابقة، وتتفق هذه النظرية مع نظرية تخفيض القلق، حيث يرى جونز وباروت أن المدخنين يخبرون القلق بدرجة أعلى من غير المدخنين وأن السجائر وسيلتهم لخفض القلق ففي دراسة مسحية لوزارة الصحة البريطانية اشتملت على ٩٠٠٣ أفراد وجدت أن المدخنين أعلى بدرجة من

غير المدخنين في مقياس سبلبيرجر لسمة القلق وحالته ومقياس العصابية لأيزنك.

هذا التفسير يوضح أن انخفاض معدل النيكوتين في الدم يتحد مع منبهات خارجية محدثاً استجابات انفعالية تثير الرغبة الملحة في التدخين بهدف تنظيم هذه الانفعالات، فاستمرار التدخين ليس دالة للرغبة في تنظيم معدل النيكوتين في الدم أو تنظيم الاستجابات الانفعالية الناتجة عن انخفاضه فحسب، وإنما هو دالة لمحددات خارجية (بيئية اجتماعية) وانفعالية. وهي ما تعرف بأساليب التعامل مع المشكلات، وهي الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم.

إن الأزمة النفسية الشديدة أو الصدمات الانفعالية العنيفة أو أي اضطراب في علاقة الفرد مع غيره من الأفراد على مستوى المنزل أو العمل أو المجتمع الصغير، وغير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي يواجهها الفرد في حياته، (والتي تدفع به إلى تدخين السجائر كنتيجة من حالة الضيق والتوتر والقلق) تخلق لديه الوسيلة لاستيعاب الموقف والتفاعل معه بنجاح، فيتخذ أسلوباً لحل تلك الأزمة وفق استراتيجية نفسية خاصة تتناسب وشخصيته، وهذه الطرق والوسائل التي تستطيع أن تخفض التوتر تسمى أساليب التعامل مع الضغوط، وعند نظرية التحليل النفسي تسمى بالأساليب أو الحيل الدفاعية أو آليات الدفاع وهي تعد حلاً توفيقياً وسطاً، أو تسوية بين المكبوت وقوى الكبت، كما أنها أشبه ببديل تعويضي عن فشل الكبت وما يترتب عليه من قلق، وإن أهم ما يميز العمليات الدفاعية في منهج عملها عن أساليب التعامل كون الأولى تحدث لا شعورياً، أما الثانية (أساليب التعامل) تحدث شعورياً ويلجأ إليها الفرد بما يلبي نمط شخصيته في الرد على الموقف الضاغط أو المهدد.

إن إدراك الفـرد للضغـط يعد مـن أهم الاسـتجابات الصحيحة الأولى لـدى الفـرد والمباشرة التي تنبـئ بتدخين السـجائر، واعتبرت هـذه النظرية أن رد الفعـل لذلـك الضغـط هو إدراك الفـرد للتهديد المحتمـل في المواقف الضاغطة، وهو اعتقاد الفرد بقدرته في مواجهة أو تجنب تهديد ذلك الموقف، وهـو الجانب الأهم في تفسـير لماذا يبدأ الفرد تدخين السـجائر؟ (Windle, 2001).

٤ ـ النظريات السلوكية

تعرف النظريات السـلوكية التعلم باعتباره تغيراً ثابتاً نسـبياً في السلوك يرجـع إلى الخـبرة، هذا التعريف يؤدي إلى طريقة أو مدخل نسـقى أو نظامي لتفسـير ظاهرة تدخين السـجائر فالأنشـطة والأحداث التي تقـع متقاربة أو متجاورة تميل إلى الترابط وأهم نظرية تعلم سـلوكية في هذا القرن هي نظرية سـكنر، وتعرف مبادئه بالاشـتراط الإجرائي وتقع في مجموعتين أساسيتين: عملية التعلم والنتائج أو العواقب.

وأهـم تطبيـق تربـوي لعمليـات التعلـم السـلوكية هو أسـلوب تحليل التعلم. وحين نقوم بتحليل التعلم، فإننا نجزئ مهمة التعلم أو السـلوك إلى أجزائـه أو مكوناتـه، وإلى الخطوات المتطلبة لكي نضـع تنظيماً هرمياً للتعلم، وحين يتحقق هذا يمكن القول إنه تم تفسير السلوك.

وكذلك يعد تطبيق النتائج السـلوكية من التطبيقات المهمة، وحين نقوم بتحليل سلوكي ما فإننا نفحص سلوكاً معيناً لتحدد ما حدث قبله (السابق) وما حدث بعده (اللاحق أو المترتب أو النتيجة).

وترتبـط النتيجة أو العاقبة بالسـلوك بطريقة من طـرق أربع هي: تعزيز موجـب وتعزيز وعقـاب أو اسـتبعاد العقـاب. وعندما يتم تعزيـز وتدعيم

الأنشـطة (بالنتيجة الناجحة أو أي مكافآة أخرى) يزداد احتمال تكرارها عن تلك التي لا تعزز، وعلى العكس من ذلك فإن عدم التعزيز سـوف يؤدي إلى عدم استمرار الأنشطة.

التعزيـز المباشر يحقق أسرع تعلم، ولكنه معـرض للانطفاء السريع، إذا توقـف التعزيـز، واسـتخدام تعزيزات دورية يسـتغرق وقتاً أطول لترسـيخ التعلـم، يكـون أكثـر قـدرة عـلى مقاومـة الانطفـاء، ويطلق عـلى المعززات الصناعيـة كالمكافآت والعملات الرمزية محفزات خارجية والمتعلمون الذين يحصلـون على مكافـأة من الرضا والإشـباع الناتج عن إتقان نشـاط يقال إن دافعيتهم داخلية المنشأ، وكلا النوعين من إثارة الدافعية لهما أثرهما.

وتعديل السـلوك أو إدارة السلوك استراتيجية تنتج عن تحليل السلوك، وبهـذه الاسـتراتيجية، يقـوي الفرد علاقـة معينة بـين السـلوك والنتيجة أو العاقبـة، وعلى سـبيل المثال تقديـم تعزيز موجـب (نجمة ذهبيـة لتلميذ أتم تعيينه المدرسي).

وتركز هذه النظريات عـلى مبادئ التعزيز، وتنظر إلى حاجات الفرد إلى أنهـا تمثل النتائج، كما تنظر إلى الضغوط الخارجية، وبشـكل عام تأخذ دوافع تدخين السجائر نمطين.

١ ـ اللهفـة أو التـوق أو البحث فيما وراء آثـار العقار «مثل الذي يشرب الخمر يريد أن يصبح سكران».

٢ ـ الهروب: أو تجنب المشـاعر السـلبية النفسـية أو الجسمية، الذي يريد أن يتعاطـى المخدر يريد أن ينسـى مشـكلاته أو يهـرب من مواجهة مشكلة ما.

ويشير هذان النمطان إلى تفسير بدء واستمرار التدخين أو تناول المواد المخدرة، فالدافع نحو الاشتهاء يفسر لماذا يبدأ الفرد تعاطي السجائر، بينما تكون دوافع الهروب والتجنب هي الأنسب في تفسير لماذا يستمر الفرد في التعاطي سواء السجائر أو المواد الأخرى.

وتركز هذه النظرية على نتائج السلوك أو المترتبات، فلو زاد السلوك فهو يشير إلى أنه يدعم أو يعزز تدعيم السلوك من وجهة النظر السلوكية.

الحصيلة	مثيرات أحضرت كنتائج	مثيرات أزيلت كنتائج
زيادة في السلوك	تعزيز إيجابي	تعزيز سلبي
نقصان في السلوك	عقاب	حرمان

ويشير التعزيز الإيجابي إلى حدوث زيادة في احتمالية حدوث السلوك بسبب الحصول على شيء ما، فإذا استطاع المخدر أن يشعر الفرد بالشعور الأفضل فإن سلوك التعاطي سيدعم.

أما التدعيم السلبي فيشير إلى إزالة زيادة احتمالية حدوث سلوك أو تكراره فمثلاً تناول عقار التيلنول يزيل أعراض الصداع، فإذا تكرر وحدث صداع آخر فإن الفرد سيكون أكثر ميلاً إلى تناول نفس العقار، وهذا يؤدي إلى تكرار تناول العقار لتجنب المشاعر السيئة.

أما العقاب فيشار إليه بأن السلوك يمكن أن ينخفض بإعطاء شيء ما (توقيع عقاب الحبس...... إلخ) أو يؤخذ منه شيء ما (فقدان في وظيفة ـ فقد الامتيازات)، أخيراً من الممكن أن يختفي السلوك ببساطة، لأن النتائج سوف تقف، وهذا ما يسمى بالكف، فلو سبب المخدر آثاراً مرغوبة فإن الشخص لن يكون في حاجة إلى الاستمرار فيه أوتناوله، وهذا ما يحدث عند تناول عقار الهلوسة (LSD) (Moor & Miller, 2001).

٥ ـ نظرية التعلم الاجتماعي

وتعـرف نظرية التعلم الاجتماعي[1] بأنها تجميع المعرفة من خلال تحليل المعلومـات تحليـلاً واعياً، ويقوم تطبيق نظرية التعلم الاجتماعي على أسـاس إنشاء مواقف للتعلم الايجابي.

ووفقاً لباندورا تدرس سلوكيات الفرد، وتشرح كيفية التعلم من خلال التجربة والملاحظة، ويؤكـد باندورا أن الملاحظة هي المصدر الرئيس للتعلم في الثقافة المعاصرة وأن الكثير من السـلوك الإنسـاني يتم اكتسـابه عن طريق مراقبـة مـا يفعله الناس من سـلوكيات ثم اسـتيعاب هذا السـلوك، واختيار بعض جوانبه لتصبح جزءاً من عادات الفرد، والسلوكيات التي نتعلمها هي نتيجة لعوامل ومعرفية مثل (سلوك تدخين السجائر)

وقـد ركزت نظرية التعلم الاجتماعي اهتماماتها في اسـتراتيجيات تطوير الذات وتنميتها من خلال مفهوم الفاعلية الذاتية.

إسهامات نظرية التعلم الاجتماعي في تفسير تدخين السجائر «مفهوم فاعلية الذات»

بـدأ مفهـوم فاعلية الذات في الظهـور في تراث علـم النفس الاجتماعي لتفسـير مبـادئ التعلـم الاجتماعـي، ومفاهيـم الدافعيـة الأخـرى، وارتبط ظهوره بمفاهيم الكفاءة ومركز الضبط وتحددً مفهوم فاعلية الذات في بحث استكشاف منبئات سلوك تدخين السجائر.

وكتـب روبرت هوايـت ١٩٥٩م، مقالاً يتناول فيه موضـوع الدوافع، قدمهـا في عبارة الفاعليـة الذاتية «ليصف الجوانب الدافعيـة للكفاءة، ورأى هوايـت أن الشـخص قد يكـون مدفوعـاً لفعل ما لأنـه يدرك أنـه ذو كفاءة

---

(1) Social Learning Theory.

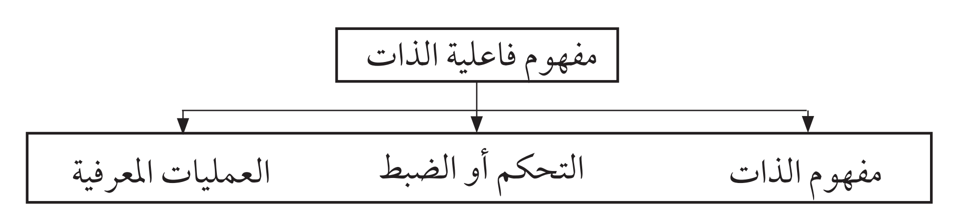
في تأثير تغير هدف في البيئة، وهنا يكتسب الفرد مهارات جديدة والثقة في قدراته ليتفاعل بنجاح مع البيئة ويلخص الدافع الفعال[1] الرضا الداخلي في التعامل مع الأحداث البيئية ككل وتحديداً كمشاعر الفاعلية، ومن هذا الوقت بدأ علماء النفس الاجتماعيون يحاولون توضيح مفهوم فاعلية الذات، ويعد ألبرت باندورا هو أول من وجه الانتباه إليه، ووفقاً لباندورا فإن نظرية التعلم الاجتماعي في تناولها لتغير السلوك تتوسط العمليات المعرفية والأحداث الاجتماعية التي تحيط بالسلوك، من خلال خبرات السيطرة أو التمكن، وفي الأعمال التالية حدد باندورا طاقة الإنسان (١٩٨٢، ١٩٨٩، ١٩٩٧م) وسيطرته كمكونات أساسية في فاعلية الذات، وركزت أعمال باندورا على فاعلية الذات المدركة والتي حددها كمعتقدات في إمكانات الفرد لتنظيم وتنفيذ الفعل المكتسب للحصول على الهدف، ويتكون مفهوم فاعلية الذات من الدافع الذي يتمثل في كونه المنبئ السببي وهو اعتقاد الفرد وثقته في إمكانية وتشكيل الفعل.

وقد أثارت نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا ارتباط الصحة بالسلوك، فيرى أوليرى Oleary أن العلاقة بين المستوى المدرك لفاعلية الذات قد ارتبط ارتباطاً إيجابياً دالاً بميل الأفراد إلى اختيار التغير في سلوك الصحة في برامج التوقف عن التدخين، وبرامج تعديل اضطرابات الطعام.

ويعرف باندورا مفهوم فاعلية الذات بأنه الوعي الشخصي بقدرة الفرد في كونه فعالاً في ضبط الأفعال أو النتائج، وهو تنظيم الذات للسلوك من خلال العمليات المعرفية والانفعالية والدافعية ويورد باندورا الشكل التالي في توضيح خصائص فاعلية الذات.

---

(1) Effective Motivation.



ويفـرق باندورا بين مفهـوم الذات[١] ومفهوم فاعليـة الذات، فيرى أن مفهوم الذات يعكس معتقدات الشـخص حول ذواته وفاعليته الشـخصية، فمفهوم الذات والأبنية المرتبطة بصورة الذات وتقدير الذات كلها تدور حول النظرة الإيجابية للفرد لذاته، أما مفهوم فاعلية الذات فهو يختص بحكم الفرد للقدرات الشـخصية، وفيه يحلل الفرد كل إجـراء لتأثيره على إدراك الذات، والحكم على قدراته لأداء نشـاط مرغوب، ويستنتج الأداء الناجح كخبرات تؤدي إلى مسـتوى مرتفع من الفاعلية كما يسـتنتج خبرات الفشل التي تؤدي إلى إعاقة السلوك وإدراك منخفض من فاعلية الذات.

وتنشـأ فكرة الفرد عن ذاته وتقديره لهـا من خلال تفاعله مع الآخرين، ووعيه لأحكامهم، وإدراكه لهم، فالنمو الطبيعي للشخصية يقوم على التقدير الإيجابي للفرد من قبل الآخرين، فإذا تلقى الفرد تقديراً إيجابياً وغير مشروط مـن الأشـخاص المهمـين في حياتـه (الأب، الأم، المعلـم...) عـلى سـلوكه، فسـوف تنمو لديه شخصية سـوية، وينعكس ذلك على تقديره لذاته وتقدير المجتمع له.

فالشروط التي تجمع الآخرين (ذوي الأهمية) ليقدروا الشخص تقديراً إيجابيـاً تندمـج في بنيـة الـذات، وفيـما بعـد ينبغي عليه أن يسـلك وفقـاً لهذه الشروط لكي يقدر ذاته بشـكل إيجابي فالتقديـر الذاتي غير المشروط من قبل الآخرين للشخص يؤدي إلى تقدير ذاتي غير مشروط وإلى تقارب بين الحاجة

(1) Self - Concept.

إلى التقديـر الإيجـابي من قبل الآخرين، والحاجـة إلى التقدير الذاتي من جهة، وبين التقييم الناشيء من داخل هذا الشـخص ككائن والمحافظة على التوافق النفسي من جهة أخرى. (Swinyard et. al, 2001)

وهنـا يـرى بانـدورا أن الشـخص المدخـن مثلاً يتوقـع أن تكـون لديه استعدادات مسبقة إلى عدم تفعيل ذاته مع البيئة ؛ وبالتالي فإنه يستسلم بسرعة إلى مشـاعر عـدم الضبط، وتكـون عملياتـه المعرفية في اتجـاه التقبل للإيحاء، والميـل إلى تعميـم خبرات الفشـل في المواقـف الاجتماعيـة، وخصوصاً تلك التي تتعرض فيها الذات لاختبارات جوهرية، وهنا يكون تدخين السـجائر هو الملجأ للهروب من هذه الاختيارات التي يقيمها الفرد مع الآخرين حول ذاته.

كـما يـرى أن المسـتوى المرتفع من فاعليـة الذات يرتبـط بمفهوم الذات الإيجـابي، وتقدير الذات للضبط الشـخصي، وينشـأ عبر خبرات السـيادة أو التمكن وتوقع إنجاز عمل معين.

فالشـخص ذو فاعلية الذات الموجبة يتوقع أن ينجح ويثابر على النشاط حتى تنتهي المهمة أما الشخص منخفض الفاعلية فيتوقع أن يفشل، وهو أقل ميـلاً لأن يحاول أو يـصر على التحدي في المهام، وهؤلاء الأفراد يكون لديهم مفهوم ذات سالب، وتوقعات غير كاملة من ضبط الأفعال أو النتائج.

فعمليـة التطوير الذاتي إذن تهدف إلى تطوير القدرات، لكي تصبح أكثر قـدرة عـلى تحقيـق أهدافنا بكفـاءة وفاعلية. وتتحـدد عملية التغـير في كونها أنشـطة تؤدي إلى جعل الواقع يختلف عن الوضـع المعتاد، أما عملية التطوير فهي أنشطة عمدية مخططة، تهدف إلى تحسين الواقع. والقدرات هي الإمكانية العقلية والعضلية لأداء مهمة أو عمل ما. (Russell, et al., 1990)

٦ ـ نظرية توقع المنفعة[1]

التـي وضعهـا فـون، نيومـان ومورجينسـتين (Vonneumann & Morgensten, 1947 in Aarts, et al, 1998)

وهـي تمثل إحـدى المحـاولات الأولى لهذه النماذج التي فسرت سـلوك تدخـين السـجائر وطبقاً لهـذه النظرية فإن توقـع المنفعة لاختيـار فعل معين يتمثـل في مجموعة القيـم الذاتية المتعلقـة بالنتائج المترتبة على هـذا الاختيار، وكل مـن هـذه القيم تقـدر من خلال إمكانـات هذا الاختيـار على الوصول إلى هـذه النتائج، وتندرج تحت هذه النظرية عدة نظريات فرعية، منها القيمة الوسـيلية، التي طورها «روزنـبرج» في ضوء النظريـة الوظيفية التي ترى أن الاتجاهات الإيجابية تكون نتيجة قيمة الوسـيلية أي كذريعة لإشباع حاجات الفـرد بينما تكـون الاتجاهات السـلبية نتيجة للإحباط، ويعـد نموذج الفعل المتعقل الذي نشره فيشـبين وآخرون (١٩٧٥م) أهـم نماذج هذا المنحى لأنه يفسر سـلوك التدخين في عدد واسـع من السياقات والمواقف، ويعد نموذجاً للتنبؤ بالنية لأداء سـلوك ما لأن النية محدد مباشر للسلوك الفعلي على أساس أن النية يحددها عاملان.

١ ـ اتجاهات نحو السلوك.

٢ ـ المعايـير الذاتيـة (إدراك الفـرد للضغوط الاجتماعيـة التي تدفعه إلى أداء أو عدم أداء السـلوك، واللـذان تحددهما مجموعة من المعتقدات وتشـمل معتقدات الفرد الشـخصية ومعتقداته عـن نظرة الآخرين وتوقعهـم لهـا، بالإضافـة إلى دافعيـة الفـرد في إكـمال ذلـك الأداء. (محمود، ١٩٨٨م: ٤٩).

---

(1) Subservience - Expectancy Theory .

ويمكـن صياغـة معادلة هذه النظريـة على النحو التـالي: توقع المنفعة = مجمـوع حاصل ضرب القيم الذاتية المرتبطة بنتيجة معينة × احتمالات تحقيق النتيجة. (Aarts et al., 1998)

وتتنبأ هذه النظرية بما سـوف يقابله متخذ القرار من أفعال مختلفة (على سـبيل المثال التدخين مقابل عدم التدخـين)، ومن ثم فإن المراهقين المدخنين سـوف يتخذون القرار الذي سـوف يجلب لهم النتائج السـارة أو الذي يعود عليهم بالمنفعة.

وهنـا يختـار الفـرد المراهـق أحـد الاختياريـن، وهـو التدخـين أو عدم التدخـين، ومـن ثـم يتحمـل إمكانيـة حـدوث خطـر المـوت نتيجـة لقيامه بالتدخـين، وفي الاختيار الثاني الحصول على المنفعة وهي درجته على مقياس الرضـا، مـن خلال قيامـه بالتدخين أو عـدم التدخين، ومن ثـم هناك ثلاث ميكانيزمات أساسية متميزة، يمكن أن تسهم في حدوث سلوك التدخين.

الأولى: التفضيل الذي ينعكس في شـكل وظيفة نفعية للفرد. فارتفاع القيمة النفعيـة للتدخين مقارنة بمضاره المختلفـة المؤدية للموت، قد تؤدي إلى تبني سـلوك التدخين بدرجة أكبر، وقد تتشـكل هذه التفضيلات عـلى معلومـات خاطئة عـن التدخين، مثـل الاعتقاد في مزايـاه وهنا يعطون وزناً قليلاً لحالاتهم الصحية المعتلة، التي قد تدفعهم لمزيد من احتمالية التدخين.

الثانيـة: لاتخـاذ القرار بالتدخـين (بدء التدخـين) فربما ينبع مـن الفروق بين الأفراد في تقديرهم للمنفعة الحالية.

الثالثة: فالأفراد الذين لا يقيمون المستقبل بشكل جيد، ولديهم قيمة منخفضة تجاه المستقبل يكونون أكثر عرضة للتدخين.

ويحـدد باروت قائمة مـن الحاجات المرتبطة بتوقع الفـرد عدم التدخين وهي:

أ ـ حاجـات معرفية: حاجـات الفرد للمعلومـات أي رغبة الفرد لفهم ومحاولة التحكم في البيئة المحيطة به.

ب ـ حاجات وجدانية[1] مثل: الرغبة في إشباع التذوق الجمالي، وإشباع الحاجات العاطفية والترفيهية.

جـ ـ حاجات شخصية[2]:

تتعلـق بتعزيز مصداقية وثقة وثبات ومكانـة الفرد، وهذه الحاجة تكون مستمدة من رغبة الفرد بالارتقاء الذاتي.

د ـ حاجات اجتماعية[3]: تتعلق بتقوية العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وهذا يتضمن أفراد الأسرة والأصدقاء والمجتمع ككل وتكون هذه الحاجة مستمدة من الرغبة في الانتماء.

هـ ـ الهـروب مـن الواقـع: وهي حاجـات متعلقـة بالـشرود الذهني، وتخفيف حدة التوتر، النفسي والرغبة بالتسلية والترفيه.

وهنـاك تفسـير ثالـث يتمثل في احتماليـة خطأ المدخنـين في تقدير الخطر الناتـج عن التدخين، فلو اعتقـد المدخن أن الخطر الواقـع على صحته نتيجة لتعرضه للتدخين أقل مما هو حقيقي، فإن دافعه للتدخين سيكون أكبر، وعلى أي حال فإن الدليل الذي يتعلق بإدراك الخطر، يشير إلى أن الأفراد أكثر ميلاً نحو المبالغة في الخطر الناتج عن التدخين. (Warburton,1992)

---

(1) Effective Needs.

(2) Personal Integrative Needs.

(3) Social Integrative Needs .

٧ ـ النظرية التحليلية [١]

نشـأت نظريـة التحليل النفـسي مع آراء سـيجموند فرويـد (١٨٦٥ ـ ١٩٣٩م)، خلال تفسـيراته للمشـكلات التـي قدمها أثنـاء علاجه لمرضاه، فقد بدأ في علاج السـيدات النمسـاويات اللاتي يعانين من القلق والاكتئاب ومختلـف الأمراض الأخرى، والتي دارت حول تركيزه على حل الصراعات الجنسـية كمصدر للشخصية والصحة النفسـية، وعلى الرغم من التناقضات والنقـد الـذي وجـه إلى فرويد فقد كانـت إسـهاماته في الممارسـة الإكلينيكية عميقة.

ووفقاً لفرويد فإن الكثير من دوافعنا تأتي من مساحات لا شعورية، أي صادرة من العقل الباطن، بحيث لا يستطيع المرء استدعاءها بسهولة، وتقوم آراء فرويـد على مفهوم الدوافع اللاشـعورية، حيث عدهـا حجر الزاوية في المنحـى التحليـلي، ووصف فرويـد العقل الباطن بأنه شيء كامن تسـكن فيه سياقتنا الفطرية الأساسية:

١ ـ غرائز الحياة وتشمل الطاقة الجنسية لإعادة الإنتاج.

٢ ـ غرائـز الفنـاء وتشـمل الميـول العدوانيـة، ومـن الواضـح أن هـذه الدوافع الأساسـية في حالة نزاع مسـتمر، فينتـج عنها دوافع أخرى ربـما تتصارع مع بعضهـا البعض أو مع توقعات المجتمع، وتشـكل مشـاعر القلق الناتجة، والذنب، والعقاب الذاتي شخصياتنا المبكرة، التي تخلق الخلفية التي يقف وراءها سلوكنا ومعتقداتنا ومشاعرنا.

وقـد فسرت نظريـة التحليل النفسي تدخين السـجائر، مـن خلال دور الصراعـات الداخليـة، والدوافـع اللاشـعورية، وخبرات الطفولـة المبكرة،

(1) Psychoanalysis Theory.

التي ربما تحدد هذا الشكل من السلوك، وهذا يعني أن من الممكن أن توجد صراعات ودوافع لا شعورية تدفع الناس إلى الانخراط في تدخين السجائر. وأنه علامة تدل على عدم نضوج الشخصية لأن طاقة المدخن الغريزية ملتصقة بمنطقة الفم كما يحدث في الطفل الرضيع.

فالمدخن محتاج باستمرار إلى وضع شيء في فمه لإشباع الرغبات اللذية الكافية فيه والتدخين من هذه الوسائل والعجيب في الأمر أن فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي كان مدخناً شرهاً، إذ كان يدخن ١٢ سيجارة في اليوم ولكنه أقلع عنه في سن متأخرة. (Comeau, N., Stewart, S.H., & loba, P., 2001)

فالشخص ربما يكون غير مدرك لهذه الأسباب التي تقف دائماً وراء سلوكه، مثل وجود اضطرابات في المرحلة الفمية، أو صراعات في الطفولة، نتج عنها خبرات لا شعورية، تم الاحتفاظ بها في العقل الباطن فأعربت عن نفسها في الوقت المناسب، في صورة تدخين السجائر، أو تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية.

وفي ضوء ذلك يفسر أصحاب هذا الاتجاه اعتياد التدخين وفقاً لبقايا المرحلة الفمية من مراحل التطور النفسي الجنسي، وهي أولى مراحل هذا النمو، حيث ينشأ الطفل أول ما يولد وإحساسه باللذة مصدره جسمه كله، ولكن سرعان ما يتركز بنوع خاص في مناطق شبقية متعاقبة أولها الفم، ثم الشرج، ثم الأعضاء التناسلية الخارجية من بعد.

وفي المرحلة الفمية الأولى يجد الطفل لذته في الرضاعة، وفي المرحلة الفمية الثانية يجد ذاته في العض، وتؤثر المراحل النفسية الجسمية التي يمر بها الطفل على نفسيته، وتترك كل مرحلة بعض رواسبها في شخصيته، وقد تثبت الشخصية عند

مرحلـة، ويطلق على السـمات النفسـية المصاحبة للمرحلة الفمية لاسـيما إذا حدث ارتداد إلى تلك المرحلة اسم «الخلق» الفمي.

وإن التدخين من الخلق الفمي، وهو دليل على حاجات عاطفية لم تشبع من هذه المرحلة يحاول المدخن أن يشـبعها بالسـيجارة كبديل عن الرضاعة، يرى فرويد أن الرضاعة إذا كانت مشعبة للطفل فإنه ينشأ متفائلاً، وإذا لم تكن كذلك فإنه يكبر وهو يشـعر بالحرمان ويميل إلى التشاؤم، والمدخن يميل إلى الاكتئاب ويعاني من حرمان عاطفي أصيل يؤكده باسـتمرار الإحباط الذي قـد يصادفـه في حياته وما قـد يعاني منه مـن ضغـوط انفعالية تجعلـه يلجأ إلى السـيجارة يرضعهـا رضعاً بديلاً عن ثـدي الأم في المرحلـة الفمية، ويعض عليها بشـفتيه وهو العـض القديم المتخلف عن المرحلة الفميـة الثانية والتي نراهـا أحيانـاً عـلى المدخن في شـكل الضغـط على الأسـنان ومص الشـفاه، والضغط على السـيجارة بأسـنانه وتربط مدرسة التحليل النفسي بين المرحلة الفميـة الأولى وبعـض الاضطرابات السـلوكية والنفسـية كإدمـان التدخين كمخلفات لهذه المرحلة.

والعـض مـن المرحلة الفمية أسـاس السـلوك السـادي، وهو السـلوك العدوانـى الـذي يكـون بالعض ولكنـه يقمعه، ويجد أسـهل وسـائل القمع في التدخـين، حيث يظـل المدخن يعض في السـيجارة، ويلوكها بين شـفتيه، وينفـث الدخان بقـوة، وكأنه ينفث معه همومه، أو كأنـه ينفث فيه كل طاقته العدوانية. (Wills, 1986)

موجز القول أن المداخل التحليلية تؤكد أن تدخين السـجائر أو تعاطي المواد النفسية هو علامة من علامات الاضطراب العميق، وعدم القدرة على التعامل مع هذه الاضطرابات وعلى الرغم من أن الصياغات المبكرة لفرويد

ركـزت بشـدة عـلى تفاعـلات الطفل بالأم فـإن فكـرة الصراعـات العميقة والخـبرات المبكـرة أدت إلى إهمال ما يسـمى مهارات التعامـل مع الأحداث الضاغطـة الخارجيـة، فالتأكيد المفرط عـلى النزاعات الجنسـية، وهو مصدر انتقادات هذه النظرية، بسـبب عدم وجود الدليـل التجريبي وراءه، وخلف ما جاء بالنظرية من مفاهيم غير إجرائية (العقل الباطن، اللاشعور... إلخ)، ما يضع تفسيرات هذه النظرية محل شك. (Patterson, 1990: 115).

تعليق مقترح على الأطر النظرية

تعـد هذه الأطر شـيئاً جديـراً بالاهتـمام، حيث اجتهـدت كل نظرية في تفسـير ظاهرة بدء واسـتمرار تدخين السجائر، والسـؤال الذي يطرح نفسه هـو ما النظرية الصحيحة لتفسـير تدخين السـجائر؟ وقد يكـون الجواب أن جميعهـا من الممكـن أن يكـون صحيحا أو جميعهـا غير صحيحـة أو ناقصة، فالنظريـات التفاعليـة ـ مثل التعلـم الاجتماعي ـ التي تركـز على كيف يفسر الناس بيئاتهم، نظرت إلى السـلوك الإنسـاني كعملية تفاعل متبادل ومسـتمر بـين العوامل البيئية والسـلوكية والمعرفية، أما المدرسـة السـلوكية فاختلفت قليـلاً عن باندورا في اعتبار السـلوك نتيجـة للمعززات الإيجابية والسـلبية، وهنا ينشأ الاختلاف بين التعلم الاجتماعي والسلوكية في أن الفرد لا يستطيع تدعيـم الخـبرة المباشرة أو إزالة السـلوك دون التغيـير في إمكاناته، حيث عد بانـدورا الإنسـان كائنـاً مفكراً، يسـتطيع أن يلاحـظ ويفسر ويتوقـع ما نوع النتائج التي سـوف تحدث ؟ وهذا التميز مهم في تفسير لماذا يحاول الشخص أن يجـرب تعاطي المخدرات أو السـجائر على وجـه الخصوص في أول مكان ولماذا؟ حتى مع وجود خبرة سلبية أثناء التعاطي مثل «السعال عند التدخين، والغثيـان عنـد شرب الخمور» فإن التجربة تسـتمر، ويعـد التعلم بالملاحظة أو النمذجـة امتـداداً لنظرية التعلم الاجتماعي وهو يعرف باكتسـاب المعرفة

أو التعرض للسلوك من خلال الناس والأحداث الأخرى دون استخدام خبرات الشخصية المبكرة.

فالنمذجة إذن تأتي من خلال:

١ ـ اكتشاف سلوكيات جديدة كانت غريبة سابقة على الفرد «مثل تعاطي الكوكايين».

٢ ـ منع تكرار السلوك غير المرغوب أو المصحوب بمشاعر غير معتادة.

ويتجلى دور النمذجة في صياغة النتائج العامة التي تحدث عند التعاطي لأول مرة، فنادراً ما يستخدم الفرد المتعاطي عقاراً بمفرده، فالأب المدخن كنموذج يعد منبئاً للتدخين، وعلى الرغم من ذلك فإن النمذجة لا يمكن الاعتماد عليها كلية في استنساخ سلوك الآخرين وذلك لأسباب عديدة ؟ منها: سمات الشخصية، والفروق الفردية في القدرات العقلية والميول والاستعدادات. (Speilberger, 1986: 90)

كما أنه لا يمكن الوثوق في النموذج الفسيولوجي لتفسير التدخين، حيث تبين الدراسات التجريبية التي أوردها ليفنثال وكليري ١٩٨٠م ما يلي:

١ ـ ارتفاع معدل انتكاس المدخنين (أو عودتهم للتدخين) فيما بين ثلاثة أشهر وسنة بعد التعرض لجلسات علاجية لمنع التدخين، على الرغم من عدم وجود أعراض انسحاب أو معدل « النيكوتين» في الدم بعد أيام قلائل من التعرض لتلك الجلسات.

٢ ـ اكتفاء المدخنين بتدخين سجائر لا تحتوي على «نيكوتين «أي أنهم يدخنون لأسباب أخرى غير تنظيم معدل النيكوتين في الدم، لأن تدخينهم للسجائر لا يضيف إليهم شيئاً.

٣ ـ استخدام البعض ـ في إحدى التجارب ـ سجائر ذات معدل نيكوتين منخفض (تحتوي على ٢٣٪ من النيكوتين) الذي تحتوي عليه السجائر العادية لم يصحبه إلا زيادة لا تتجاوز ٢٥٪ في عدد السجائر المستهلكة.

٤ ـ لم يحدث تناول جرعات من «النيكوتين» عن طريق الفم انخفاضاً ملحوظاً في معدل استهلاك السجائر.

٥ ـ يكشف التحليل العاملي أن الأفراد يدخنون لأسباب مختلفة، منها التأثيرات الانفعالية المرتبطة ـ شرطياً ـ بالتدخين، مثل المشقة والضغوط الاجتماعية والبيئية. (محمود، ١٩٨٨م، ص ٧٥).

ومن ناحية أخرى لا يمكن الاعتماد على التفسير التحليلي في تدخين السجائر، حيث إن أغلب تفسيرات هذه النظرية انصبت على السلوك المرضي، أضف إلى ذلك غموض مفاهيمها، وعدم قابليتها للتحقق التجريبي، كذلك إهمالها لدور البيئة الاجتماعية في تشكيل السلوك.

إلا أنه على الرغم من ذلك فإن النظرة التكاملية بين هذه النظريات تصبح ضرورة ملحة خاصة عند دراسة ظاهرة بالغة التعقيد، تتشابك فيها عوامل فسيولوجية واجتماعية، ونفسية وثقافية ووراثية، ما يدعو إلى النظرة التكاملية في تفسير هذه الظاهرة.

١ ـ الاكتئاب Depression

الاكتئاب هو مصطلح يستخدم لوصف خليط من الحالات المرضية أو غير المرضية في الإنسان التي يغلب عليها طابع الحزن، وهناك أنواع متعددة من الاكتئاب قسمت حسب طول مدة الحزن وإذا ما كان الحزن قد أثر على

الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد، وإذا ما كان الحزن مصحوبا بنوبات من الابتهاج فضلا عن نوبات الكآبة، وينتشر عادة بين الأفراد فيصاب نحو ٢٠٪ من الإناث و١٢٪ من الذكور بنوبة من الكآبة في حياتهم على أقل تقدير، وهناك نسبة تكاد تكون ثابتة في مختلف المجاميع البشرية مفادها أن ٥ـ ١٠٪ من الإناث و٣٪من الذكور مصابون بما يسمى نوبة الاكتئاب الكبرى، وهذه نسبة عالية جدا ما يجعل نوبة الاكتئاب الكبرى من أكثر الأمراض النفسية شيوعا.(موقع ويكيبيديا آخر زيارة ٢/ ٥/ ٢٠١٠م).

ويصنف الاكتئاب ضمن اضطرابات المزاج التي يصفها (DSM - IV) بأنها اضطرابات تتصف باختلال انفعالي حاد، مثل: الكآبة الكبرى (الحادة) (Depression Major) والاضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder). ويرد الاكتئاب في (ICD - 10) ضمن اضطرابات المزاج (الوجدانية) أيضاً. ويصنفها إلى: اكتئاب خفيف، اكتئاب معتدل، واكتئاب حاد، فضلاً عن أصناف أخرى بضمنها الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (Bipolar).

وهذا يعني أن كلا التصنيفين العالميين في الطب النفسي: الأمريكي ومنظمة الصحة العالمية (ICD - 10 و DSM - IV) يتفقان على أن الاكتئاب اضطراب في المزاج (Disorder Mood) الذي يعني اضطراباً نفسياً يتصف بمدة طويلة من الاكتئاب المفرط، أو القنوط، ليست له علاقة في الغالب بالموقف الذي يعيشه الفرد.

وهنالك ما يزيد على خمسين تعريفاً للاكتئاب يتداولها الأطباء النفسيون وعلماء النفس. ويعتقد بيرنج (Bebring) انه ينشأ من التوتر بين طموح الفرد النرجسي ووعي الأنا بعجزها، ويرى روبنفاين (Rubinfine)

انـه يحـدث من تمـزق الوحـدة النفسـية بـين الأم وطفلهـا، فينتج عـن ذلك عجـز وتحـرر مـن الوهـم النرجسي يترتـب عليـه أن يأخـذ العـدوان مكانه فيتطـور الاسـتعداد للإصابـة بالاكتئاب (عسـكر:١٩٨٨م). أمـا ليتشربيج (Licerberh) فيرى أنه مظهر للشـعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكـون تبعية اليأس منسـوبة إلى علل شـخصية، وفي هذا السـياق فان الأمل يكون مفهوما كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف(عسـكر:١٩٨٨م). وحدده كامبل (Campell) انه:(حالة إكلينيكية تشـمل انخفاضـاً في الإيقـاع المزاجـي ومشـاعر الامتعاض المؤلـمة وصعوبة التفكـير مـع وجود تأخـر حركي نفسي وربـما يختفي التأخـر الحركي النفسي للفرد، ويكون شـعور الإثم مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحسـاس بالقيمة الذاتيـة وفي النشـاط النفسي والحركي والنشـاط العضوي مـن غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص). (الشناوي:١٩٩١م).

ونقترح له التعريف الآتي:

«هـو الحالـة التـي يشـعر فيها الفـرد بالحـزن والقنـوط والغـم والعجز واليأس والذنب، مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي، وضعف الاهتمام بالأمور الشـخصية والاجتماعية، وكره الحياة، وتمني الموت تتباين درجة حدتها من حالة الى أخرى.

وما يزال تصنيف الاكتئاب يمثل إشـكالية لدى المعنيين بالاضطرابات النفسية، ويمكن تصنيفه على النحو الآتي:

التصنيف الأول

يقوم على شدة درجة الاكتئاب، ويكون بثلاث حالات:

١ـ الاكتئاب الخفيف (Mild). ويتصف بمزاج منقبض، وتعب متزايد، وفقدان الاهتمام والمتعة، مصحوب غالباً باضطرابات (سيكوسوماتية). ومع أن المصاب به يواجه صعوبة في استمراره بعمله أو التزاماته الاجتماعية، إلا أنه لا يتوقف عن الإيفاء بها.

٢ـ الاكتئاب المعتدل (Moderate). تظهر فيه أعراض الاكتئاب الخفيف مع أعراض أخرى تتمثل باضطرابات النوم والشهية.

٣ـ الاكتئاب الحاد (Severe). وتظهر فيه أعراض الاكتئاب المعتدل مع الشعور بعدم القيمة وفقدان احترام الذات، والتهيج والشعور بالذنب، ويكون الكرب شديداً مصحوباً بأفكار انتحارية.

التصنيف الثاني

ويقوم على أساس منشأ الاكتئاب، ويكون في حالتين:

١ـ الاكتئاب النفسي، وتكون أسبابه نفسية خارجية معظمها ناجم عن فقدان: موت شخص عزيز، هجران، خسارة. ويسمى أيضاً بالاكتئاب الانفعالي أو العصابي.

٢ـ الاكتئاب الذهاني، يكون ناجماً عن استعداد وراثي (تكويني) ينتقل بواسطة جينات معينة، أو خلل حياتي (بيولوجي) أو زيادة أو نقصان في مستوى نشاط المرسلات العصبية، أو عدم توازن في الهرمونات.

التصنيف الثالث

يقوم على أساس مصاحبة الاكتئاب لاضطراب آخر أو عدمه، ويكون في ثلاث حالات:

١ـ اكتئـاب (خالـص)، لا يكـون مصحوبـاً باضطـراب آخـر، وأبـرز أعراضه: مزاج مكتئب، الشعور بالعجز، فقدان أو ضعف الاهتمام بالأمور الشخصية والاجتماعية، فقدان أو ضعف الشهية، ضعف الطاقة النفسية والجنسية، والعزوف عن النشاطات الخاصة بالمتعة والترويح عن النفس.

٢ـ اكتئـاب مصحـوب بقلق، وأبرز أعراضه: سرعة الانفعال، الشعور بالعجز، التركيز الضعيف، الذاكرة الضعيفة، الشعور بالتعب، الشعور باليأس، الأرق المبكر، الرغبة في البكاء، وتوقع الأسوأ.

ولأن أبـرز أعـراض القلـق تتمثـل في (توقـع الـشر، التوتـر، النرفـزة، الكوابيس، التركيز الضعيف) فإنه لا يوجد حد فاصل بين أعراض الاكتئاب وأعراض القلق.

الاكتئاب ثنائي القطب: يكون مصحوباً بالهوس، الذي يعني: حالة من ارتفـاع المزاج ومرح غير مسيطر عليه مصحوب بالذهـول والطاقة الزائدة، ينجم عنها نشاط زائد وتدفق في الكلام، وحاجة متناقصة للنوم.

التصنيف الرابع

يعتمـد عليه عدد مـن الاختصاصيين في الصحة العقليـة، وفيه يميزون بين نوعين من الاكتئاب هما:

الاكتئـاب الأكـبر: ويتضمن خمسـة أو اكثر مـن أعراض الاكتئـاب بضمنها الحزن وفقدان الاهتمام بالنشـاطات الممتعة التي تستمر لأسبوعين في الأقل.

اكتئـاب عـسر المزاج: ويتضمن ثلاثة أو اكثر من أعـراض الاكتئاب بضمنها الإحسـاس الدائـم بالقنـوط واليأس ومـزاج اكتئابي مسـتمر لا تقل مدته عن سنتين.

التصنيف الخامس

ويـرى بـرودي (Brodie) انه إذا كان هناك مقيـاس للاكتئاب فانه في بدايته يقع ما يعرف بالآتي:

١ ـ الاكتئاب الأساسي: ويقترن فيه المزاج بشذوذ كيميائي.

٢ ـ الاكتئـاب المضاعـف: وهـو مـرض مزمـن يحـدث فيه فـترات من الاكتئاب الحاد.

٣ ـ الاكتئـاب المتخفي: ويصيب ٤٠٪مـن مدمني الخمور في الولايات المتحدة تحديدا (عفيفي ١٩٨٩م).

٢ ـ أعراض الاكتئاب

تعـد الأعـراض في الاكتئاب النفسي العصابي والذهـاني واحدة تتراوح بـين الدرجـة المعتدلـة والدرجة القاتلـة (عفيفـي، ١٩٨٩م)، ويتفق كل من (إسماعيل عسـكر ١٩٨٨م، حقي١٩٩٥م، عكاشـة ١٩٩٨م) على أن هناك مجموعة من الأعراض يمكن تصنيفها على النحو التالي:

أولاً: الأعراض الجسمية

تنتـاب المصـاب بالاكتئاب حالات يمكن عدها أعراضا جسـمية مثل: الانقباض في الصدر والشعور بالضيق، فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريـض بعدم اسـتحقاقه لـه أو لرغبته في المـوت، نقصان الوزن والإمسـاك والتعـب لأقـل مجهـود، آلام في الجسـم لاسـيما في الظهـر، ضعـف النشـاط العـام، التأخر النفسي الحركي والبـطء والرتابة الحركية، وتأخر زمن الرجع، توهم المرض والانشـغال على الصحة واضطراب النوم، واضطراب الدورة الشهرية للنساء، والكآبة على المظهر الخارجي.

ثانيا: الأعراض النفسية

أما الأعراض النفسـية التي تظهر عـلى المصاب بالاكتئاب فهي: البؤس واليأس، والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، وانحـراف المـزاج وتقلبه وعـدم القدرة على ضبط النفـس، وضعف الثقة في النفـس والشـعور بعـدم الكفاية وعـدم القيمـة والتفاهـة، والقلـق والتوتر والأرق، وفتـور الانفعـال، والانطـواء والانسـحاب والوحـدة والانعزال، والسـكون والصمـت، والـشرود حتـى الذهـول، والتشـاؤم وخيبـة الأمل والنظـرة السـوداء للحيـاة والأفـكار السـوداء، والاعتقـاد بأنـه لا أمـل في الشـفاء، والانخراط في البـكاء أحيانا، والتبرم بأوضاع الحيـاة وعدم القدرة عـلى الاسـتمتاع بمباهجهـا، واللامبـالاة والنقـص في الميـول والاهتمامات والدافعيـة، وإهمـال النظافة والمظهر الشـخصي، وبطء التفكير والاسـتجابة وصعوبة التركيز والتردد، وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت، والشعور بالذنـب واتهام الـذات وتصيد أخطائهـا وتضخيمها، والأفـكار الانتحارية أحيانا، والهلاوس، وضلالات عدمية.

ثالثاً: الأعراض العامة

أما الأعـراض العامة وأهمها نقص الإنتاج وعدم التمتع بالحياة وسـوء التوافـق الاجتماعي، وعلى الرغم من اختـلاف المفاهيم والاتجاهات النظرية المتعـددة التـي قامت بفحص الاكتئـاب إلا أنها تتفق عـلى أن هناك علامات وأعراضا شائعة للاكتئاب، ويتم التشخيص الاكلينيكي وفقا لوجود بعضها وبصفـة خاصة حالة الحزن العميق والتعاسـة البادية التي لا تتفق مع أحوال حياة المريض.(السيد:١٩٩٣م).

٣ ـ علاج الاكتئاب

في النـوع الشـائع من الاكتئـاب، على المعالج أن يضـع في مقدمة أهدافه تصحيـح الإدراكات غـير الصحيحـة أو المشـوهة التـي تسـيطر عـلى تفكير المكتئب. وتصنف الى ثلاثة:

١ ـ أفكار سلبية بخصوص الذات والآخرين.

٢ ـ توقعات سلبية بخصوص ما سوف يحدث.

٣ـ تشـوهات معرفيـة مـن قبيـل: اسـتنتاجات اعتباطيـة، التركيـز على تفاصيل غير مهمة.

إن الاكتئـاب يعنـي «شـلل الإرادة» وبإمـكان الاستشـاري النفسي أن يسـاعد المكتئب على تحرير نفسـه بالعلاج المناسب والإرشاد النفسي الساند، وليس بالدواء وحده.

وتفيـد الأدبيـات الحديثـة بوجـود ثلاثـة أصنـاف مـن الأدوية شـائعة الاستعمال في علاج الاكتئاب هي:

المركبـات الحلقيـة الثلاثيـة، ومثبطـات اكسـيداز الأمينـات الأحادية، ومثبطات السـيروتونين. وكلها لها تأثير جيد في علاج الاكتئاب. ولكن لكل منهـا تأثـيرات جانبية (خطـورة في زيادة الجرعة، التفاعل مـع بعض الأدوية والطعـام...). غير أن مثبطـات السـيروتونين اقلها خطورة. ويعـد الليثيوم مفيـدا في عـلاج الاكتئـاب الثنائي القطب بشـكل خاص. غير انـه يحتاج الى رعاية ومراقبة مسـتمرة. وقد تسـتخدم الرجات أو الصدمات الكهربائية في حالات الاكتئاب الحاد التي لا تستجيب للعلاج الدوائي.

٤ ـ القلق Tension

والقلـق هو حالـة انفعالية نفسـية يتداخل فيها الخوف ومشـاعر الرهبة والحـذر والرعـب والتحفز موجهة نحو المسـتقبل أو الظروف المحيطة ويعد القلـق من المشـاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسـان ويمكن القول إن هناك قلقاً طبيعياً وقلقاً مرضياً.

يعرف القلق بأنه خبرة عنيفة من الخوف والتوجس يدركها الفرد كشيء ينبعث من داخله، ولا يمت بصلة إلى موقف تهديد خارجي واقعي.

ويشير القلق إلى حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده وهو ينطوي على توتر انفعالي يصحب اضطرابات فيزيولوجية مختلفة.

ويـرى فرويـد أن القلـق رد فعـل لحالة خطـر، وتذكـر كارن هورني في تعريف القلق بشـكله العام أنه شـعور اسـتجابة انفعالية لخطر يكون موجهاً إلى المكونات الأساسية للشخصية.(الرفاعي،٢٠٠٣م،ص١٩٩).

ويعـرف القلـق أيضـاً بأنـه شـعور مـن التوجـس والخـوف أو التوتـر الـذي يرتبط بـشيء أو يكون عامـاً لا يرتبط بشيء معين فالفـرد القلق يحمل أفـكاراً مزعجـة حـول مخاطـر لا يعـرف مصدرهـا وعـادة مـا تكـون مزيجاً مـن الأعراض»اضطرابـات قلـب سريعة،ضيـق تنفـس،أرق، صعوبـة في التركيز،شعور بالتعب «.(عسكر،٢٠٠٠م،ص١٥٩).

والقلق هو حالة نفسـية غير مريحة تتعلـق بتوقع حدوث الشر وتبدو في حالة من الخوف والاضطراب لا يسـتطيع الفرد أن يتخلص منها ويصحبها شـعور بالعجز لأن الشـخص القلق يشـعر دائماً انه محاصر لا يستطيع أن يجد حلاً لمشكلته ورغم أن القلق ينشأ عن الخوف والانشغال إلا أنه يمكن تمييزه عنـه في جوانـب كثيرة فهـو أكثر غموضاً من الخوف فهو لا ينشـأ من موقف

قائـم دائماً وإنـما من موقف منتظر حدوثـه أو متوهـم.(عبـد المعطي، قناوي، ٢٠٠٠م، ص٢٤٥).

ويعـد القلق حالة انفعالية تنشـأ من الخوف مـن المجهول أو الخوف من شيء لا يستدعي الخوف أو الخوف من أن شيئاً سيئاً يحدث لنا دون معرفة هذا الـشيء وقد لا يكون له وجود أصلاً فهـو مركب من انفعالات مثيرة تختلف عـما نحسـبه غضباً عابراً أو نوعـاً من الخوف الذي يبعث الأسـى والحزن في النفس.(الزعبي، ٢٠٠٨م، ص٢٥٩)

بالإضافـة إلى أن القلق شـعور بالضيق مع إحسـاس بخطر التهديد من موضوع أو حادث بخلاف الخوف الذي يشـعر فيه الإنسـان بالضيق بسبب خطر معروف.(حمدان،٢٠٠٦م، ص٢٧).

هـذا ويجـب أن نعلـم أن القلق الشـديد يمكـن أن يعوقنا عـن العمل، بالمقابـل فإن القلـق الخفيف يمكن أن يكون في الواقع مفيـداً إذ إنه يؤدي إلى فعـل سريع في مجابهـة التهديد ويسـاعدنا على أن نكون متيقظـين في المواقف الصعبـة ولعل أهم شيء يجـب أن نفهمه عن القلق أنه أمر عادي بالنسـبة لنا جميعاً وأننا يمكن أن نشعر به من وقت لآخر.(ماركس، ١٩٩٨م، ٢٣٧).

وأن ظاهـرة القلـق بحد ذاتها ليسـت ظاهرة مرضية أو شـاذة في حدها الطبيعـي ولكـن من الضروري أن نعرف كيف نتعامـل معه ونوظفه بالاتجاه المثمر وإلا كان أساسـاً للاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية والنفسية. (بلان،٢٠٠٥م،ص١٨٢).

عـلى أن هنـاك أشـكالاً عـدة للقلـق منهـا القلـق الموضوعي،القلـق العُصابي،القلـق الهسـتيري،القلق الاجتماعي،والقلق الخاص بالامتحان وما يهمنـا هنا في هذه الدراسـة هو القلق الخاص بالامتحـان الذي يمكن وصفه

بأنه نموذج للانفعال غير الملائم،الذي يعطل إمكانات الفرد ويصيبه بالتوتر وعدم الاستقرار بشكل لايترك له طاقة لمواجهة المواقف الصعبة أوالتفكير في حلها بصورة مناسبة. (الشيخ، العاسمي، ٢٠٠٦م، ص١٩٦).

٥ ـ أعراض القلق

إن الشخص الذي يعاني من القلق ربما يظهر عليه كثير من الأعراض الجسدية أو العاطفية والتي تشمل:

١ـ عدم الارتياح.

٢ـ العصبية.

٣ـ عدم القدرة على النوم.

٤ ـ فقدان القدرة «ما في حيل» أو الطاقة.

٥ـ صعوبة في التركيز.

٦ ـ رجفان اليدين.

٧ ـ تسرع بضربات القلب.

٨ ـ ألم صدري.

٩ ـ آلام في المعدة أو إسهال.

١٠ ـ ألم عضلي أو توتر عضلي.

١١ ـ الخوف.

١٢ـ ترقب مستمر لشيء ما.

الفصل الثالث

الدراسات والبحوث السابقة

٣ . الدراسات والبحوث السابقة

قـام الباحـث بعمـل العديد مـن الاسـترجاعات البحثيـة وكذلك قام بمسح للدوريات الأجنبية. وكذلك رسائل الماجستير والدكتوراه وقد أسفر ذلك عن عدد من الدراسات التي تناولت متغيرات هذه الدراسة لذا سيقوم الباحث باسـتعراض أهم هذه الدراسـات ومناقشـتها بما يفيـد التعرف على مشكلة هذه الدراسة وإجراءات حلها.

وعلى ذلك يمكن تقسيم هذه الدراسات إلى ما يلي:

- دراسـات تناولـت العـلاج الجمعـي النفـسي في عـلاج التدخـين (النيكوتين).
- دراسات تناولت متغيرات شخصية المدخن.

٣ . ١ الدراسـات التي تناولـت العـلاج النفسي الجمعي في علاج التدخين (النيكوتين)

١ ـ وفي دراسة سيشومان وآخرين ١٩٨٢م (Schumann. et al)

التـي أجريـت عـلى عينة قوامهـا (٧٨٦) فـرداً من الراشـدين المدخنين الألمـان الراغبين ذاتيـاً في الإقلاع عند التدخين تراوحـت أعمارهم بين ١٨ ـ ٦٤ عاماً، قد كشفت النتائج أن ٧ , ٥٪ نجحوا في الإقلاع تماماً عن التدخين بعد مضي ٦ شهور من الزمن على حين لم يتمكن بقية أفراد العينة من الإقلاع التام عن التدخين على الرغم من أنهم خفضوا حجم استهلاك السجائر.

٢ ـ دراسة: محمد: (١٩٩٧م)

التـي أجريـت على عينـة قوامهـا (١٠) طالبـات مدخنـات متطوعات مـن الفرقة الرابعة كلية الحقـوق بجامعة القاهرة بهدف اختبـار مدى فاعلية

أسـلوب التشريـط التنفـيري المعـرفي في إطفاء عـادة التدخين لـدى طالبات الجامعة.

وقـد كشـفت نتائـج الدراسـة عـن فعاليـة برنامـج التشريـط التنفيري المعـروض في إبطـال عادة التدخـين لدى أفراد العينة بنسـبة إقلاع ٩٠٪ عند نهايـة المعالجـة بأربعة عشر يومـاً، ٨, ٧٧٪ بعد مرور شـهر في مقابل ١٠٠٪ بعد مرور عام من المتابعة.

٣ـ دراسة الصبوة (Al - Sabwah، 2002)

التـي أجريت بهدف التنبـؤ بالتوقف عن التدخين لـدى (٨١) فرداً من المدخنـين المصريـين لأطـول مدة ممكنـة. كان الباحـث قد طلب مـن هؤلاء المدخنـين، كل منهـم على حـدة، أن يجيبوا على أسـئلة اسـتخبار التوقف عن التدخـين، وهـو الاسـتخبار الذي أعـده الباحـث ويعكس هذا الاسـتخبار المكونات الأساسـية لنظرية الفعل أو السـلوك التخطيطي، والحاسبة المدركة للخطـر المتوقـع، ونوايا التوقف عـن التدخين، ومحـاولات التوقف الفعلي، والتوقف الدائم بعد محاولات التوقف المتقطعة (الانتكاسات).

كشـفت نتائج الانحـدار المتدرج وتحليـل الانحدار اللوجسـتيكي، أن متغـير القصد أو نوايا التوقف عن التدخين يعد أول المتغيرات المنبئة بالقدرة على التحكم في فعل التدخين، وإدراك الأخطار المتوقعة.

وبعد ستة شهور من المتابعة تبين أن القيام بمحاولة للتوقف عن التدخين يعد متغيراً منبئاً وبعدد محاولات التوقف السابقة، بينما تنبأ متغير طول محاولة التوقف بأطول مدة يمكن أن يتوقف فيها المدخن عن التدخين ولكن ببطء. وقد أوصت النتائج أن تركز عمليات تعديل سلوك التدخين على رفع دافعية المدخن للتوقف واستثارة عمليات إدراك الأخطار الناجمة عن التدخين.

٣ .٢دراسـات اهتمـت بالعلاقـة بـين أبعـاد وسـمات الشخصية وتدخين السجائر

١ ـ دراسة لسبيلبرجر وجاكوبس (Spielberger & Jacobs. 1982)

وفي دراسـة لسـبيلبرجر وجاكوبس Spilberger and Jacobs 1982 بهـدف فحـص العلاقة بين أبعاد وسـمات الشـخصية وبدء واكتسـاب عادة التدخـين، تكونت العينة مـن (٩٥٥) طالباً جامعيـاً (٦٠٣ إناث، ٣٣٢ من الذكور) ممن يدرسـون بقسـم علم النفس بجامعة فلوريدا بمتوسـط عمري ١٩ سنة، وتكونت الأدوات من:

ـ مقياس أيزنك للشخصية (EPQ 1975).

ـ قائمة حالة القلق وسمته (STPI) لسبيلبرجر.

ـ استبيان سلوك التدخين (SBQ).

وبينت النتائج ما يلي: أ ـ سمات الشخصية وبدء التدخين.

كانت متوسطات درجات المدخنين أعلى في الانبساطية [١] ـ العصابية [٢] والذهانية [٣] والكذب [٤] وأقل بدلالة للجنس في مقاييس العصابية والذهانية والكـذب، وذلك لصالح الإناث، ما عـدا الذهانية كانت في صالح الذكور، وكانـت درجـات المدخنـات الإناث أعـلى بدلالـة في الذهانية والانبسـاطية مـن غير المدخنـات وأقـل بدلالة في مقيـاس الكـذب، بينما كانـت درجات الذكـور المدخنـين أقل بدلالة في الكذب من درجـات غير المدخنين، وكانت

(1) Extraversion.
(2))Ncuroticism.
(3) Psychoticism.
(4) Lie Scale .

درجات الإناث أعلى من الذكور في سمة القلق، والمدخنات الإناث أعلى من غير المدخنات في سمة القلق، وكذلك حالة القلق، بينما كان الذكور المدخنون أقل في درجات القلق.

لم توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الذكور والإناث، ولكن وجد تأثير للجنس على مقياس العصابية والذهانية، وكانت درجات الإناث الأعلى في العصابية والذهانية من الذكور.

وكان المدخنون في المناسبات أقل بدلالة من المدخنين الحاليين والمعتمدين في العصابية، بينما كانت المدخنات الإناث الحاليات أعلى في درجات القلق من الذكور، وكان المدخنون الحاليون أقل من المدخنين في المناسبات، والاعتماديين في درجات القلق عند جميع مستويات الدلالة (٠,٠١، ٠,٠٥).

٢ ـ دراسة عبد البر (١٩٨٨م)

وفي دراسة لهند عبد البر تناولت بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بتدخين السجائر بين طلاب الثانوي العام (١٩٨٤م)، وذلك على عينة بلغت ٣٨٥ طالباً بالصف الثالث الثانوي انقسمت إلى مدخنين، وعددهم (١١٧)، وغير مدخنين وعددهم (٢٦٨) تكونت الأدوات من:

١ ـ استخبار سلوك التدخين من إعداد الباحثة كأداة رئيسة لجمع البيانات الخاصة بسلوك تدخين السجائر، وبعض المتغيرات الديمجرافية والنفسية والاجتماعية.

٢ ـ مقياس الاتجاه نحو تدخين السجائر يتعلق بالمتاعب النفسية التي يعاني منها المدخن في حالة امتناعه عن التدخين، ورأي الدين في التدخين.

٣ ـ مقياس سمات الشخصية واشتمل على:

أ ـ استخبار أيزنك للشخصية:

ب ـ مقياس الدافعية العامة: هو أحد مقاييس بطارية جليفورد ـ زيمرمان للسمات المزاجية، والمعروف باسم مقياس النشاط العام، ويتكون من ٢٤ بنداً.

جـ ـ مقياس القلق الصريح لتايلور: وأظهرت النتائج ما يلي:

ـ وجود تشابه بين المجموعتين (مدخنين وغير مدخنين) في معظم المتغيرات الديمجرافية، مثل الإقامة مع الأسرة، ومستوى تعليم الوالدين، ووجود الأب مع الأم على قيد الحياة، وحجم الأسرة إلا أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بينهما في بعض المتغيرات الأخرى: كالمستوى الاقتصادي للأسرة الذي تم تحديده على أساس مهنة الأب في اتجاه غير المدخنين، وهو دال عند ٠,٠٥ وكذلك اختلاف المدخنين عن غير المدخنين في تكرار تغيب الأب عن المنزل، والفرق دال عند مستوى ٠,٠٠١ في اتجاه المدخنين، وكذلك ارتفاع متوسط العمر في مجموعة المدخنين عنه عند غير المدخنين.

ـ وجود فروق دالة بين المدخنين وغير المدخنين، بأنهم أقل دافعية فيما يتصل بالتحصيل والتفوق الدراسي حيث كانت قيمة ت دالة عند مستوى ٠,٠١ في نسبة النجاح في الشهادة الإعدادية في اتجاه غير المدخنين، وكذلك في الصف الثالث الثانوي في اتجاه غير المدخنين عند مستوى ٠,٠٠١ .

- تشير النتائج أيضاً إلى أن هناك فروقاً دالة عند مستوى ٠,٠١ في اتجاه غير المدخنين في أن معاملة آبائهم وأمهاتهم تتسم بالاعتدال، وكان الفرق دالاً عند مستوى ٠,٠١ في اتجاه المدخنين في تساهل الأم.

- يتميز المدخنون المراهقون عن غير المدخنين بتوافر نماذج من المدخنين، سواء داخل نطاق الأسرة المحدود، أو بين أقارب الأسرة، وكذلك في محيط الأصدقاء، حيث كانت النسبة الحرجة دالة عند مستويات ٠,٠٠١، ٠,٠١

- يختلف المدخنون عن غير المدخنين فيما يتصل بالسلوك داخل المدرسة، حيث تبين أنهم أكثر تعدياً على النظام والتقاليد داخل المدرسة وأكثر تسرباً وتغيباً بدلالة عند مستوى ٠,٠٠١.

- يتميز المدخنون المراهقون عن غير المدخنين بتبني مجموعة من الاتجاهات والآراء والمعتقدات التي تشير إلى الاتجاه المؤيد لتدخين السجائر، وتمثل بصورة ما عوامل مساعدة على التعرض لهذه الخبرة، والاستمرار فيها بعد ذلك وذلك بدلالة عند مستوى ٠,٠٠١

- يتميز المدخنون المراهقون عن غير المدخنين بدرجة عالية من السمات الرئيسة للشخصية كالانبساط، والعصابية، والذهانية، بدرجة دالة عند مستوى ٠,٠٠١ والتي يحتوي كل منها على مجموعة من الخصال المرتبطة ببعضها البعض، ما يشير إلى أن هؤلاء المدخنين يتميزون من جانب بالاجتماعية،

أو الميل إلى مخالطة الآخرين، والاندفاعية، واللامبالاة، والميل إلى النشاط الحركي، ومن جانب آخر بقدر عال من التوتر والقلق وعدم الاتزان الانفعالي، ومن جانب ثالث يتسمون بالميل إلى العدوانية، والعجز عن التعاطف مع الآخرين، والتمركز حول الذات، بالإضافة إلى كونهم أكثر اجتراء على تحدي المعايير الاجتماعية السائدة، أو أقل اهتماماً بما يمكن أن يصدر عن سلوكهم من أحكام تحمل معنى القبول أو الرفض. (عبد البر، ١٩٨٨م).

٣ ـ دراسة عبد الخالق (١٩٩٠م)

وفي دراسة أجراها أحمد عبد الخالق بجامعة الكويت فحصت علاقة نمط السلوك «أ» ببعض الجوانب الاجتماعية والنفسية وتدخين السجائر وذلك على عينة مكونة من ٢٣٠ من طلاب الجامعة من الجنسين، وقد طبق المقياس العربي لنمط السلوك «أ» مع عشرين متغيراً أو مقياساً عليهم.

وأسفرت الدراسة عن ارتباط غير دال بين نمط السلوك «أ» وكل من: العمر، والجنس وبرج المولد، وحجم الأسرة، وترتيب المولد، وعدد الأصدقاء، والمعدل الدراسي، وعدد ساعات النوم ليلاً، والتدخين، وتقدير الصحة الجسمية، والتشاؤم والقلق حيث كانت هذه الارتباطات غير دالة عند أي مستوى من مستويات الدلالة الإحصائية، في حين كان الارتباط جوهرياً بين نمط السلوك «أ» وكل من: تقدير الفرد لصحته النفسية ٠,٥٨ دالة عند مستوى ٠,٠٥ ودرجة سعادته ـ ٠,٥٤١، دالة عند مستوى ٠,٠١ وتدينه ٠,٣٦٥، دالة عند مستوى ٠,٥ والتفاؤل ـ ٠,٥٥٤ دالة عند مستوى ٠,٠٥ ومصدر الضبط الداخلي ٠,٣٤٦ دالة عند مستوى ٠,٠٥ والدافع للإنجاز (ـ ٠,٢٢١) دالة عند مستوى ٠,٠٥ (عبد الخالق، ١٩٩٠م).

٤ ـ دراسة عبد الله، خليفة (١٩٩٢م)

وفي دراسة لمعتز سيد عبد الله و عبد اللطيف خليفة (١٩٩٣م) هدفت إلى بحث المعتقدات حول تدخين السجائر واقترانها بمركز التحكم والقلق، وتكونت العينة من ٢٠٥ مبحوثين من الذكور المدخنين بانتظام، بمتوسط عمري قدره ٢٨,٨ عاماً.

وتكونت الأدوات من:

١ ـ مقياس المعتقدات حول تدخين السجائر: أسباب بدء التدخين، دوافع الاستمرار في التدخين، وانتشار التدخين، وسمات شخصية المدخن، وتأثير التدخين على العلاقات الاجتماعية للمدخن، وقد قام الباحثان بحساب ثبات الإعادة للمقياس فبلغ ٠,٧٧٢، كما تم حساب النسب المئوية للاتفاق بين إجابات المبحوثين على كل بند من بنود المقياس بصورة مستقلة، وتراوحت هذه النسب ما بين ٥٦ ـ ١٠٠٪، أما بالنسبة لصدق المقياس فقد اعتمد الباحثان على الصدق العاملي حيث كشف التحليل العاملي الذي أجراه الباحثان أنه ينتظم تحت مجموعة من العوامل النوعية المستقلة التي تدعم الافتراض النظري.

٢ ـ مقياس مركز التحكم في التدعيم: أعده راوتر، بناء على نظريته في التعلم الاجتماعي.

٣ ـ مقياس تيلور للقلق الصريح: وفقاً لوصف كاميرون لاستجابة القلق المزمن.

وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

أ ـ لم توجد فروق دالة إحصائياً بين الأفراد ذوي التحكم الداخلي والتحكم الخارجي في المعتقدات الخاصة بأسباب البدء في التدخين وهناك شبه اتفاق بين المجموعتين في الاعتقاد في أن مواجهة الشخص لبعض المشكلات والأزمات تؤدي إلى تدخين السجائر.

ب ـ علاقة المعتقدات حول دوافع الاستمرار في تدخين السجائر بمركز التحكم في التدعيم لدى المدخنين: وجد هناك فرق دال عند مستوى ٠١ , ٠ بين ذوي التحكم الداخلي الخارجي في الاعتقاد في أنه من الصعب على المدخن أن يغير نوع السجائر ؛ حيث أقر بذلك ٤ , ٦٠٪ من ذوي التحكم الداخلي، مقابل ٩ , ٣١ من ذوي التحكم الخارجي.

جـ ـ الفروق بين ذوي التحكم الداخلي والخارجي في المعتقدات حول النتائج المترتبة على التدخين. وجد أن هناك فرقاً دالاً عند ٠٥ , ٠ بين المجموعتين، في الاعتقاد بأنه ليس للتدخين آثار سلبية، والفرق في اتجاه ذوي التحكم الخارجي.

د ـ الفروق بين ذوي التحكم الداخلي والخارجي في المعتقدات حول انتشار التدخين: حيث تبين وجود فرق دال عند مستوى ٠٥ , ٠ بين المجموعتين، في اتجاه ذوي التحكم الخارجي في رفضهم للاعتقاد بأن المتفوقين دراسياً أقل تدخيناً.

هـ ـ الفروق بين ذوي التحكم الداخلي والخارجي في المعتقدات حول سمات شخصية المدخن، حيث لم يتبين أي فروق دالة بين المجموعتين في معتقداتهم حول سمات شخصية المدخن.

علاقة المعتقدات حول تدخين السجائر والقلق:

أ ـ هنـاك فـروق دالـة بين منخفـضي القلق ومرتفعي القلـق في اثنين من المعتقدات حول أسباب البدء في التدخين هما: وجود بعض الأزمات والمشـكلات الضاغطة، والتعـرض للأزمات النفسـية والفرق بين اتجـاه مرتفعـي القلـق، وهناك فـرق دال عنـد مسـتوى ٠,٠١ بين المجموعتـين في بعـض المعتقدات حـول الاسـتمرار في التدخين في الاعتقاد بأن قلة التدخين تسبب الصداع والتدخين يجعل الشخص مقبـولاً مـن الآخرين والفـرق في اتجاه مرتفـع القلـق وفي الاعتقاد بأن من دوافع الاسـتمرار هو إعجاب الفتيات بالشـخص المدخن، واتفقـت المجموعتـان كذلـك عـلى رفـض بعـض المعتقـدات بأن التدخين يحسن العلاقات الاجتماعية بين الأصدقاء والأقران.

ب ـ هنـاك بعض الفروق الدالـة إحصائياً بين المجموعتين في معتقداتهم حول النتائج المترتبة على التدخين، مثل التدخين يساعد على التركيز والتحصيل، والتدخين يحسن الشهية والفرق بينهما في اتجاه مرتفعي القلق.

جــ ـ هنـاك فـروق دالة بـين المجموعتين في انتشـار عـادة التدخين بين الشباب عند مستوى ٠,٠١ في أن المتفوقين دراسياً أقل تدخيناً من الطلاب الآخرين.

د ـ هنـاك فـروق دالة بـين المجموعتين في الاعتقاد بأن المدخن شـخص مدخن في اتجاه مرتفعي القلق، والفرق دال عند مستوى ٠,٠٥

هــ ـ توجد فـروق دالة إحصائياً عند مسـتوى ٠,٠٥ في اتجـاه مرتفعي القلـق عـلى أن التدخـين يجعل الشـخص مقبولاً مـن الآخرين، كما

وجد أن هناك اتفاقاً بين المجموعتين في أن التدخين يسبب إزعاجاً للآخرين، وكذلك قانون عقاب المدخنين في الأماكن العامة لا أهمية له، وأن التدخين حرام شرعاً. (عبد الله، خليفة، ١٩٩٣م: ٧١ ـ ١٣٥)

٥ ـ دراسة ويستون (Weston, 1993)

وفي دراسة ويستون (Weston, 1993) تناول الخصال الشخصية التي تميز المراهقين المدخنين وغير المدخنين وأسرهم، وذلك على عينة من طلاب المدارس الثانوية المدخنين بلغ عددهم (٥٣٠) من الذكور والإناث وتراوحت أعمارهم من ١٢ ـ ١٨ عاماً في مدن بوكس هيل وبروفيك باستراليا، وكانت نسبة تاركي المدرسة ٢٢٪ وكانت نسبة هؤلاء المراهقين ٧٨٪ وبلغت نسبة المدخنين الذكور ٤٦٪، ٣١٪ من الإناث قد أخبروا أنهم يدخنون خمسة سجائر كل يوم، وكان ٢٣٪ من الذكور، ١٣٪ من الإناث يدخنون أكثر من ١٥ سيجارة كل يوم، ومن ٦ ـ ٧ يدخنون أكثر من ٢٠ سيجارة يوميا.

واشتملت الأدوات على استمارة لجمع البيانات الاجتماعية والديمجرافية، ومقياس تقدير الذات لويستون وميلفارد (Weston and Milvard) والدرجة المنخفضة تشير إلى التقدير غير الإيجابي للذات وعدم الثقة بالنفس، وقد تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد لإنشاء نموذج بسيط للتنبؤ بتدخين السجائر لدى المراهقين، تكون هذا النموذج من:

أ ـ عمر المراهق.

ب ـ مكان المعيشة.

جـ ـ تكرار الخلافات بين الوالدين.

د ـ تقدير الذات.

هـ ـ هل يعيش الوالدان معاً أم أحدهما مع المراهق أم لا ؟

و ـ تدخين الأب أو الأم.

ز ـ هل للأب أو للأم عمل مزدوج أو إضافي.

ح ـ هل الأب لديه وظيفة ثابتة.

ط ـ هل الأب أو الابن يتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية بالمنزل.

وبينت النتائج أن:

العمر كان منبئاً دالاً بتدخين السجائر عند المراهقين من الجنسين (معامل بيتاً دال ٠,٠١) حيث كان الارتفاع في العمر منبئاً بالاستمرار في التدخين.

وبالنسبة للذكور كان المنبئ الأقوي هو عدم وجود وظيفة للأب، ومن ثـم فالمراهقون ممن كان آباؤهم من مسـتويات تعليميـة منخفضة كانوا أميل إلى التدخـين، كـما تنبأ انخفاض تقدير الـذات بالتدخين، ظهر ذلك بوضوح لـدى عينة الإناث حيث كانت بيتا دالة عند ٠,٠٠١ بينما عند الذكور كانت ٠,٠٥.

كما كانت متغيرات: الخلافات مع الوالدين، تحدث اللغة غير الإنجليزية بالمنـزل، وجـود آباء مدخنين دالـة في التنبؤ بالتدخين عنـد الإناث وغير دالة عند الذكور.

٦ ـ دراسة انجست وكلايتون (Angest & Clayton, 1998)

في دراسـة اسـتطلاعية لـكل مـن إنجسـت وكلايتـون Angest & Clayton, 1998) العلاقة بين الشخصية والتدخين والانتحار وبدأ البحث في عـام ١٩٧١م مـع الذكور الذين ولـدوا في عـام ١٩٥٢م، بمنطقة كانتون

بسويسرا، وانقسمت العينة الأصلية وعددها (٦١٦١) إلى مجموعتين وفق أعمارهم، ثم أجريت المتابعة كل ثلاث سنوات وكان آخرها سنة ١٩٩٨م وكان عدد الأفراد الذين توفوا من عام ١٩٥٠ ـ ١٩٩٨م (٧٧) فرداً وتم تحديد سبب الوفاة من المكتب الفيدرالي التابع لهم، وكذلك أمكن جمع بيانات التشخيص من العيادات النفسية والطبية وسجلات المستشفي بمنطقة كانتون حتى عام ١٩٨٥م وأمدت إدارات المستشفيات التابع لها أفراد البحث بالسجلات والتقارير التي أفادت الباحثين عن أفراد البحث حتى عام ١٩٨٨م، واستبعد الباحثان الأفراد الذين لم يحصلوا على بياناتهم كاملة ولم يتم تحديد سبب الوفاة، وقد تم الاختبار المبدئي في عمر ١٩ سنة وعدت عينة الوفيات ممثلة للعمر الكلي للذين ولدوا في عام ١٩٥٢م بكانتون بسويسرا.

الأدوات

في عمر ١٩ سنة انقسم الاستبيان إلى عدة أجزاء:

١ ـ البيانات الديمجرافية الاجتماعية.

٢ ـ تعاطي الخمور والسجائر والمخدرات والعقاقير الطبية.

٣ ـ قائمة الشخصية لفربيرج Freiburg الذي اشتمل على:

أ ـ العصابية.

ب ـ العدوانية.

جـ ـ الاكتئاب.

د ـ الإثارة.

هـ ـ الاجتماعية.

و ـ المرونة وسهولة التكيف.

ز ـ السيطرة.

حـ ـ الكف.

ط ـ الصراحة أو الوضوح.

مقياس العدوانية، ويتكون من العدوان المستمر، والعدوان التفاعلي، والعدوان الجسمي، بينما اشتمل مقياس الإثارة حتى مركز الضبط والاستجابة اللفظية.

٤ ـ مقياس الاكتئاب الذي يتضمن الأعراض المزاجية الاكتئابية مثل الضيق والاعتقاد السلبي.

وأجرى الباحثان التحليل العاملي واستخرجت ثلاثة عوامل، هي العدوان، والانبساط والاضطرابات النفس جسمية، واستوعبت ٧٧٪ من حجم التباين الكلي، كما أجرى الباحثان صدق المحك الخارجي بإيجاد معامل الارتباط بين درجة التشخيص السيكاتري ودرجة المقياس.

وأسفرت النتائج عما يلي:

كانت مجموعة المنتحرين (٢٨) ٥٠٪ منهم لديهم أعراض مرضية وفق سجلات المستشفيات والجيش وهي: الاكتئاب ٧ منتحرين، ٢ حوادث،٥ سيكوباث، ٢ من مدمني مخدرات، وكان ٩٤٪ من موتى الحوادث ليست لديهم تشخيصات طبية، وكان احتمال الموت عند المنتحرين١٪، ٢ , ١٪ عند موتى الحوادث، ٥٪ عند ذوي الاضطرابات النفس جسمية.

والجدول الآتى يوضح نتائج هذه الدراسة:

المتغير	المنتحرون	موتى الحوادث
تعاطي الخمور	١٤,٣	١١,١ غ.د
تعاطي الحشيش	٣٥,٧	٢٢,٢
تدخين أكثر من ٧ سجائر يومياً	٨٢,١	٣٨,٩ عند ٠,٠٠١

٧ـ دراسة كاوكامي وآخرين (Kawakami، N، et al، 2000)

وقد تناول كاوكامي وآخرون في دراسة لهم عن العلاقة بين أبعاد إيزنك للشخصية وبين الاعتماد التبغي / النيكوتيني عند مدخنين من اليابان واشتملت العينة على ٢٠٠ من الأفراد الذين اختيروا عشوائياً في مدينة تاكاياما بمقاطعة جيفو باليابان، وذلك من ١٢٢٣٨ من الذكور المدخنين، وكان ٨٣٪ من حجم هذه العينة قد قرروا عند بدء البحث أنهم دخنوا (٤٠٠) سيجارة ما يعادل ٢٠ علبة خلال مراحل حياتهم، كما اجريت معهم مقابلات بواسطة أناس مدربين على إجراء المقابلة، وطبق عليهم اختبار إيزنك للشخصية الصورة المعدلة، وبعد ذلك انقسمت العينة إلى مدخنين حاليين (٦١٪) وعددهم ٨٣ ومدخنين سابقين (٣٩٪) وعددهم ٥٣ فرداً.

وتضمنت أدوات الدراسة ما يلي:

أـ الدليل التشخيصي CIDI الإصدار ١,١ وذلك لتشخيص الاعتماد التبغي / النيكوتيني، حيث قامت ٢٩ ممرضة بإجراء مقابلات مع العينة لتشخيص الاعتماد وذلك استناداً على محكات دليل التشخيص النفسي الثالث والرابع ودليل التشخيص الطبي ICD - 10 للاعتماد التبغي النيكوتيني، كما استخدم مقياس فاجرستروم للاعتماد التبغي FTQ، ووفقاً لفاجرستروم فإن هؤلاء الذين كانت لهم درجات من ٧ فأكثر على المقياس كانوا محددين كمدخنين معتمدين.

أ ـ سمات الشخصية

استخدمت درجات العصابية، والذهانية، والانبساطية، والكذب لتحديد سمات الشخصية.

ب ـ المتغيرات الديمجرافية والتدخين

من خلال المقابلات ثم تحديد عمر المفحوصين، سنوات التعليم، الحالة الوظيفية، وذلك لتحديد العمر عند بدء التدخين ـ سنوات التدخين ـ عدد السجائر المستهلكة كل يوم ـ ومدة تدخين كل سيجارة (صفر ـ الربع ـ النصف ـ ثلاثة أرباع) وقد أشارت النتائج إلى ما يلي:

كانت العصابية أعلى عند المدخنين المعتمدين وفق محكات دليل التشخيص ومحكات فاجرستروم، حيث كانت قيمة (ت ٣) دالة عند ٠١, ٠.

وكان الكذب مرتفعاً عند غير المعتمدين، ومنخفضاً عند المعتمدين، وذلك عند ٠١, ٠ وكانت الانبساطية مرتفعة عند المدخنين الحاليين ومنخفضة بدلالة عند المدخنين السابقين (٠٠٤, ٠).

وكانت العصابية مرتبطة سلباً بدلالة بكمية الاستنشاق عند ٠٥, ٠ وإيجابياً عند ٠٥, ٠ بعدد السجائر المستهلكة كل يوم وارتبطت الانبساطية إيجابياً بعدد السجائر المستهلكة كل يوم.

وكانت درجات الكذب مرتبطة إيجابياً بمدة الدوام، وكذلك بعمر بدء التدخين، وعدد سنوات التدخين.

كما ارتبطت العصابية بالدرجات المرتفعة لمحكات ICD، ومحكات فاجرستروم بعد ضبط متغيرات التدخين، وارتبط الكذب بدلالة عند ٠١, ٠ بانخفاض مؤشرات الدليل التشخيصي للاعتماد التبغي بعد ضبط

المتغيرات الديمجرافية، كما كان هناك ارتباط دال بين مؤشرات محكات الدليل التشخيصي وبين الاستمرار في التدخين، وعدم التوقف عنه، بعد ضبط متغيرات التدخين الأخرى.

٨ ـ دراسة الكسندر وزملائه (Alexander C. et al, 2001)

وقد أجرى ألكسندر وزملاؤه دراسة عن العلاقة بين الأصدقاء والمدرسة وتدخين السجائر، وذلك على عينة من (٢٥٢٥) مراهقاً في الصفوف الدراسية من ٧: ١٢ وتراوحت أعمارهم من ١١ ـ ١٥ سنة، وأجريت معهم مقابلات بالمنازل، واستخدمت هذه الدراسة بيانات من دراسة ارتقائية قومية فحصت صحة المراهقين، وتم الحصول على معلومات من خلال المقابلات عن ترشيحات أفراد العينة عن أفضل صديق مدخن، وتدخين بيئة جماعة الرفاق الخاصة بالفرد. وقد استخدم الباحثون تحليل الانحدار المتعدد لتحديد بعض منبئات المدخنين الحاليين.

وأوضحت النتائج ما يلي:

كان العمر، النوع، السلالة العرقية، تعليم الوالدين، المدرسة، وتوافر السجائر بالمنزل منبئات دالة للتدخين الحالي، وكذلك ارتبط كون نصف عدد جماعة الرفاق من المدخنين بزيادة معدل التدخين بالمدرسة حيث كان معامل الانحدار ف (= ٢) دالاً عند ٠١ , ٠ بالإضافة إلى وجود تفاعل دال بين ترجيح التدخين بالمدرسة وانتشار التدخين بين جماعة الرفاق، وكانت نسبة المدخنين المنتظمين بالمدرسة أكثر بين المدارس ذات المعدل المرتفع للتدخين (معامل الارتباط ٦٤ , ٠ دال عند ٠١ , ٠).

٩ ـ دراسة فوجال وهارفورد وسميث وكول: (Vogal, Hurvord, Smith & Cole, 2003)

أما دراسة فوجال وهارفورد وسميث وكول Vogal, Hurvord, Smith & Cole, 2003) فقد بحثت العلاقة بين الاكتئاب والتدخين لدى المراهقين، وتكونت العينة من ٩٨ مراهقاً، ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٦ـ١٩ عاماً (٨٢ منهم في مدارس ثانوية، ١٦ منهم بالمرحلة الجامعية)، يوجد ٢٠ من الذكور المدخنين يتراوح متوسط أعمارهم من ٩ , ١٧ ـ ٢٢ أما غير المدخنين فمتوسط أعمارهم من ٦ , ١٧ ـ ٢٠، والإناث المدخنات متوسط أعمارهن ٥ , ١٧ ـ ٣٦، ومتوسط أعمار الإناث غير المدخنات من ٦ , ١٩ ـ ٢٨ وكان المتوسط والوسيط للتقرير الذاتي عند المدخنين وغير المدخنين لكمية السجائر في اليوم ٥ , ٢٢٪ يدخنون في أوقات قليلة في اليوم، ٢٠٪ يدخنون نصف علبة يومياً، ٥ , ٢٢٪ يدخنون علبة أو أكثر يومياً، أما المدخنون الباقون ٣٥٪ فهم يدخنون مرة واحدة في اليوم وكان ١٩٪ قد بدأوا التدخين في أعمار من ٥ ـ ٩ سنوات.

واشتملت أدوات الدراسة على:

قائمة برندت للاكتئاب متعدد الدرجات (MDI, Berndt) وذلك لتحديد شدة تقرير الفرد لأعراض الاكتئاب، وتقدم هذه الأداة معلومات مرتبطة عن مصادر الاكتئاب، وتشتمل على المقاييس الفرعية العشرة التالية:

انخفاض الطاقة والشعور بالتعب، الصعوبة المعرفية (عدم القدرة على اتخاذ القرار، وصعوبة التفكير بوضوح)، الشعور بالذنب، انخفاض تقدير الذات، الانطواء الاجتماعي (الانسحاب الاجتماعي ومشاعر العزلة)، الإثارة (يكون مثاراً دائماً، ولديه مزاج حاد وغير متسامح أمام الآخرين حال مزاجية

حزينة، الاعتمادية، اليأس لديه مزاج سالب نحو الحياة، ويحتاج للمساعدة) وتراوحت معاملات ألفا لهذا المقياس على عينة من ٢٤٨ تلميذاً ثانوياً ما بين ٧٠ , ٠ إلى ٩٠ , ٠ للمقاييس الفرعية، ٦٩ , ٠ للمقياس الكلي، كما حسب ثبات الإعادة، بفاصل زمني اسبوعين، فتراوح ما بين ٦٥ , ٠، ٨٦ , ٠ كما حسب صدق المحك الخارجي بإيجاد معامل الارتباط بينه وبين مقياس بيك للاكتئاب فكان: ٦٦ , ٠

وأشارت النتائج إلى ما يلي:

كان التدخين الأبوى، والاعتمادية، والعمر، والانطواء الاجتماعي منبئات دالة بارتفاع سلوك التدخين عند مستوى ٠٠١ , ٠ فكان أفراد العينة أكثر ميلاً للتدخين لو كان آباؤهم مدخنين سابقين أو حاليين، ولو كانوا أكثر اعتمادية، ولو كانوا أكبر سناً، ولو كانوا أكثر عزلة وانسحاباً، كما تنبأت كل من الاعتمادية والعمر والتدخين الأبوى والانطواء الاجتماعي ومع من يعيش المراهق ببدء التدخين عند مستوى ٠٠٠٩ , ٠ .

كما دلت النتائج أيضاً أن التدخين الأبوى وطلب المساعدة قد أسهما في التنبؤ بعدد سنوات التدخين، كما أشار التحليل التمييزي أن متغيرات الشعور بالذنب والاعتمادية والتشاؤم استطاعت أن تميز بين الأفراد المدخنين وغير المدخنين حيث كانت F دالة عند ٠٥ , ٠

١٠ ـ دراسة جوزيف وآخرين (Joseph S., et al., 2003)

أما جوزيف وآخرون (Joseph S., et al., 2003) فقدموا دراستين، الأولى كانت بعنوان العلاقة بين الشخصية والدافع نحو التدخين، وفاعلية الذات في التوقف عن التدخين. وتناولت الدراسة الثانية علاقة النمط الفصامي والاكتئاب بالدافع نحو التدخين.

الدراسة الأولى: تكونت العينة من ١٦٧ طالباً (٨٣ من الإناث، ٨٤ من الذكور) تراوحت أعمارهم من ١٨ ـ ٣٥ سنة، اختيروا من جامعة إيسكس Essex. وقد حدد المدخنون أنفسهم وفق معدل استهلاكهم اليومي ما بين ٢ ـ ٥٥ سيجارة يومياً، وكانوا جميعاً متطوعين للبحث.

واشتملت الأدوات على:

١ ـ استبيان ايزنك للشخصية الصورة المعدلة (FPQ - R)

٢ ـ استبيان الدافع نحو التدخين لسبيربرجر ١٩٨٦م ينقسم إلى خمسة مقاييس فرعية وكل مقياس يتضمن ستة بنود والدرجة المرتفعة تشير إلى دافع قوي للتدخين، كما استخدم مقياس الاعتماد النيكوتيني لديفيز وآخرين ١٩٩٤م.

٣ ـ مقياس فاعلية الذات وهو من إعداد الباحثين في هذه الدراسة.

وأشارت نتائج البحث إلى ما يلي:

لا توجد علاقات دالة بين درجات الذهانية ودرجات استبيان الدافع نحو التدخين، بينما ارتبطت الدرجات المرتفعة في الانبساطية بانخفاض درجاتهم في ضعف المهارات الاجتماعية (عند مستوى ٠١ , ٠) وارتبطت أيضاً الدرجات المرتفعة في العصابية بالدرجات المرتفعة بضبط الأثر السلبي.

وذلك (عند٠١ , ٠)، وكانت فاعلية الذات تتوسط كل متغيرات الدافع للتدخين لفحص الارتباطات الدافعية المعنية لفاعلية الذات، وكانت المتغيرات الآتية منبئات دالة في مصفوفة الانحدار المتعدد: التعود الآلي وذلك (عند ٠١ , ٠)، ضبط الأثر السلبي (عند ٠١ , ٠ وضعف المهارات الاجتماعية وفاعلية الذات في التوقف عن التدخين (عند ٠١ , ٠).

كما بينت النتائج أن فاعلية الذات قد ارتبطت بدافع التدخين عند منخفضي الفاعلية باستخدام عدد السجائر لضبط الانفعالات السلبية وللتعامل مع المواقف الاجتماعية أكثر من المدخنين ذوي العادات الآلية، وبينت النتائج أيضاً أن سمات الشخصية السلبية ارتبطت بالدافع نحو التدخين، ودعمت الدراسات السابقة لبابكريازى وجوزيف ١٩٩٨م، أن المدخنين المنطوين يستخدمون السجائر لمساعدة أنفسهم لزيادة الشعور بالثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية، بينما يستخدم المدخنون العصابيون السجائر كأسلوب لضبط الأثر السلبي.

الدراسة الثانية: تمثل هدف هذه الدراسة في الكشف عن علاقة النمط الفصامي والاكتئاب بالدافع نحو التدخين، وتكونت العينة من (١٠٠) من المراهقين والبالغين من الطلاب والعاملين بالمصالح الحكومية بمنطقة وارفك Warwick تراوحت أعمارهم من ١٧ ـ ٥٦ سنة وكانوا جميعهم مدخنين متطوعين للبحث.

وتكونت أدوات الدراسة مما يلي:

١ ـ اختبار الاعتماد النيكوتيني FTND، وهو من إعداد فاجرستروم ١٩٩١ ويتكون من ستة بنود، تشير الدرجة المرتفعة عليه إلى اعتمادية مرتفعة للتبغ.

٢ ـ استبيان السمات الفصامية (STA) لكلاريدج وبروك (Claredge & Broks, 1984) ويتكون من ٣٧ عبارة، يتراوح مدى الدرجات من صفر ـ ٣٧، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود أعراض الشخصية شبه الفصامية.

٣ ـ مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (CES - D) لرادولف سنة Radolff, ١٩٧٧، ويتكون من ٢٠ بنداً تتراوح درجاته من صفر ـ ٦٠، والدرجة المرتفعة تشير إلى وجود أعراض الاكتئاب.

وأشارت نتائج البحث إلى: وجود ارتباطات دالة عند مستوى ٠,٠٠١ بين درجات مقياس الاكتئاب ودرجات مقياس الأعراض الفصامية[1]، وبين درجات الاعتماد على النيكوتين، حيث تشير إلى أن المدخنين المعتمدين أكثر يتسمون بالشخصية شبه الفصامية[2] والأعراض الاكتئابية كما ارتبطت درجات مقياس الاكتئاب بدرجات مقياس النمط الفصامي.

وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الاكتئاب ارتبط بالتدخين تحت تأثير ضبط الأثر السلبي والعادات الآلية، بينما ارتبط النمط الفصامي بالتدخين تحت تأثير الإثارة العقلية والحسية. (Joseph, et al., 2003)

١١ ـ دراسة الأنصاري (٢٠٠٣م)

قدم (بدر الأنصاري ٢٠٠٣م) دراسة بعنوان « سلوك تدخين السجائر لدى طلبة جامعة الكويت دراسة في شخصية المدخنين، وقد هدفت هذه الدراسة إلى البحث في شخصية مدخني السجائر من طلبة جامعة الكويت، وذلك من خلال مقارنتهم بغير المدخنين، وتكونت عينة الدراسة من (١٦٥١) طالباً يدرسون في جامعة الكويت، انقسموا إلى (٨٦٢) من المدخنين، تراوحت أعمارهم بين (١٨ـ ٢٥) عاماً و (٧٨٩) من غير المدخنين تراوحت أعمارهم بين (١٨ـ ٢٥) سنة.

واشتملت أدوات الدراسة على ما يلي:

١ ـ مسح توافر التبغ وهو من إعداد كليب وزملائه (١٩٩٦م)، ويتمتع المقياس باتساق داخلي (حيث تراوحت معاملات الثبات بين ٠,٨٤ إلى ٠,٧٩)، ولهذا المقياس صدق تلازمي وتمييزي جيد واستخدم في دراسات عديدة لمعدي الاختبار.

(1) The Symptoms of Schizophrenia.

(2) Schizotype Personality.

٢ ـ استخبار سلوك مدخني التبغ وهو من إعداد سبيلبرجر وآخرين (١٩٩٩م)، وقد صمم هذا الاستخبار لقياس أثر العوامل الدافعية والانفعالية والمعرفية على بدء سلوك التدخين، ومن ثم الاستمرارية في استهلاك التبغ لدى المدخنين، ولهذا المقياس اتساق داخلي، حيث تراوحت معاملات ألفا بين ٩٦, ٠ إلى ٩٧, ٠ وللمقياس أيضاً صدق تمييزي، وفقاً للعينات الأمريكية.

٣ ـ استخبار دافعية مدخني التبغ وهو من وضع سبيلبرجر وآخرين.

٤ ـ مقياس الاعتماد على النيكوتين: وهو من وضع (ديفز وزملائه) ويقيس: فعالية الذات، اضطرابات المهارات الاجتماعية، وفقدان السيطرة، والنتائج المترتبة على التعاطي، الدعم الاجتماعي للتدخين، التأكيد على الأسلوب الصحي في الحياة، وقد تم حساب معاملات ألفا لهذا المقياس، فتراوحت ما بين ٧٧, ٠ إلى ٨٠, ٠ وكان معامل ألفا للدرجة الكلية على المقياس ٨٠, ٠ .

٥ ـ مقياس الإقلاع عن التدخين: وهو من وضع ديجكسترا وزملائه ١٩٩٨م.

٦ ـ مقياس جامعة الكويت للقلق: وهو من تأليف أحمد عبد الخالق.

٧ ـ مقياس بيك لليأس: وهو من إعداد بيك، ستير.

٨ ـ مقياس جامعة الكويت للتشاؤم: وهو من إعداد بدر الإنصارى (٢٠٠٢م).

٩ ـ مقياس العصابية: وهو مشتق من استخبار أيزنك للشخصية.

١٠ ـ مقياس سمة الغضب: وهو متفرع من قائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عنه، والتي أعدها سبيلبرجر وسايدمان، وقام بتعريبها عبد الفتاح القرشي (١٩٩٧م).

١١ ـ قائمة «بيك» الثانية للاكتئاب: وهي من إعداد بيك، سيتر، بروان ١٩٩٦ ومن تعريب غريب عبد الفتاح غريب (٢٠٠٠م).

١٢ ـ قائمة تقدير الشخصية: تم استخدام عدد مختار من مقاييس تقدير الشخصية في هذه الدراسة، وتتكون القائمة من (٣٤٤) بنداً موزعة على (٢٢) مقياساً كلياً، تضمن (١٠) مقاييس مركبة تشمل (٣١) مقياساً فرعياً، والقائمة من تصميم مواري ١٩٩١م، وتم تقنينها على المجتمع المصرى والكويتى، وقد تم استخدام المقاييس التالية: اللامبالاة، الاهتمامات بالصحة، التحولية، إيذاء الذات، الخصائص الاجتماعية، العدوان، الانعصاب، التفكير الانتحاري، التمركز حول الذات.

وقد أشارت نتائج تقنين هذه المقاييس إلى تمتعها بدرجة عالية من الثبات لجميع المقاييس الفرعية والكلية في الثقافات الثلاث (الأمريكية والمصرية والكويتية) التي تم حسابها عن طريق إعادة التطبيق أو التجزئة النصفية، وحساب الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.

١٣ـ صحيفة البيانات الشخصية: شملت هذه الصحيفة البيانات والمعلومات مثل: العمر، النوع، الجنسية، المستوى التعليمي للأب، وعدد السجائر المستهلكة في اليوم. وقد تم حساب ثبات الاستقرار للصحيفة على عينات الدراسة.

١٤ ـ استبيان الحالات النفسية المثيرة للتدخين.

١٥ ـ استبيان المواقف المثيرة للتدخين.

وفي هذا البحث تم استخدام الصدق الاتفاقى بحساب الارتباطات المتبادلة بين متغيرات الشخصية التالية: مقياس جامعة الكويت للقلق،

والعصابيــة، اليــأس، والتشــاؤم، والاكتئــاب، والغضــب واللامبــالاة، والاهتمامات بالصحــة، والتحولية، إيذاء الذات، والســيكوباتية، والعدوان والانعصــاب، والتفكير الانتحاري، والتمركز حــول الذات، وقد تراوحت هذه الارتباطات من (٩٣ , ٠ إلى ٥١ , ٠، وهي دالة عند مستويات (٠١ , ٠، ٠٥ , ٠)، كما تم حساب ثبات الأدوات بطريقتي الإعادة والاتساق الداخلي.

وأسفرت نتائج البحث عما يلي:

١ ـ ارتفاع معدلات انتشــار تدخين الســجائر لدى الذكور بواقع ٤٠٪ من طلبة جامعة الكويت.

٢ ـ توجـد فروق جوهرية بين المدخنين وغير المدخنين في اتجاه المدخنين في الســمات التالية: اليأس عند مســتوى ٠٠١ , ٠ والسيكوباتية عند مستوى ٠٠١ , ٠، والعدوان عند مستوى ٠٥ , ٠ والانعصاب عند مستوى ٠٥ , ٠

٣ ـ وجدت مجموعة من الخصائص التي تميز المدخنين عن غيرهم وهي:

أ ـ عامـل العصابيـة (القلـق، والتشــاؤم، والعصابيـة، والغضــب، والانعصاب، والاكتئاب والعدوان).

ب ـ عامـل اللامبـالاة (الاهتمامـات بالصحة، اللامبـالاة، التفكير الانتحاري، التحولية).

جـ ـ عامل السلوك المضاد للمجتمع (السيكوباتية، اليأس، التمركز حول الذات).

٤ ـ توجـد فـروق جوهرية بـين مجموعتي الأقل اعتـماداً والأكثر اعتماداً عـلى النيكوتـين في بعـض الحـالات النفسـية التـي تدفـع بهـم إلى

التدخـين، حيث تميزت المجموعة الأكثر اعتماداً بالرغبة في التدخين في الحـالات التاليـة: الخـوف عنـد مسـتوى ٠,٠٠١ والذعـر عند مسـتوى ٠,٠١ والمـرض عنـد مسـتوى ٠,٠٠١ والتعب والأرق والحرج والإحباط والغيظ والانشـغال والندم عند مستوى ٠,٠١ والأمان عند مستوى ٠,٠٢ والغضب والعزلة عند مستوى ٠,٠٥ (الأنصاري، ٢٠٠٣م)

١٢ ـ دراسة الفخراني (٢٠٠٣م)

وفي دراسـة قام بها (خالد الفخراني ٢٠٠٣م) عن بعض السـمات المنبئة باسـتمرار تدخـين السـجائر وزيـادة عـدد السـجائر المدخنة لـدى عينة من المدخنـين المصريين بلـغ عددهـا (٣٠٠) منهم (١٥٠)، مـن المدخنين الذين تراوحـت أعمارهـم مـا بين ١٦ ـ ٤٢ سـنة بمتوسـط عمري ٢٣,٨٥ سـنة، وعينـة من غير المدخنين بلغـت (١٥٠) تراوحت أعمارهم مـا بين ١٦ ـ ٤٢ سنة بمتوسط عمري ٢٣,٨٥ من مدينة طنطا وضواحيها.

حيـث تمـت الاسـتعانة بمقيـاس التحليـل الإكلينيكـي الـذي وضعـه كـرج وكاتـل Krug & Cattel الـذي يتكون من ١٢٨ بنداً لقياس السـمات النفسـية الآتيـة: التآلف، الـذكاء، الثبات الانفعـالي، السـيطرة، الاندفاعية، الامتثـال، المغامرة، الحساسـية، الارتياب والتخيـل، والحنكة وعدم الأمان، والراديكالية، وكفاية الذات، التنظيم الذاتي، والتوتر.

ولقد أشـارت نتائج هذه الدراسـة إلى ارتفاع متوسـطات درجات غير المدخنين بدرجات دالة على كل من:

الذكاء عند مسـتوى ٠,٠١، السيطرة عند مستوى ٠,٠١، الحنكة عند مستوى ٠,٠١ وعدم الأمان عند مستوى ٠,٠١

وزيـادة متوسـطات درجـات المدخنـين بدرجـة دالـة عـلى كل مـن: الاندفاعية، والمغامرة، والحساسية، والارتياب، والتوتر، عند مستوى ٠,٠١ بينما لم توجد فروق ذات دلالة بين المدخنين وغير المدخنين في كل من: العمر الزمنـي، والدفء، والاتـزان الانفعالي، والامتثـال والتخيـل والراديكالية، وكفاية الذات والتنظيم الذاتي.

كـما بينت نتائـج تحليل الانحدار المتعـدد أن العمر الزمنـي والاندفاعية والمغامرة والحساسية والتوتر من المنبئات الإيجابية باستمرار التدخين، وبزيادة عـدد السـجائر المدخنة وأن الذكاء والسـيطرة وعدم الأمـان والارتياب من السمات المنبئة سلبياً بالاستمرار في التدخين وزيادة عدد السجائر المستهلكة. (الفخراني، ٢٠٠٣: ٢٠٨ ـ ٢٣٤)

٣ .٣ تعليق وتعقيب على الدراسات

وقد اتضح من العرض السابق أن ٩٠٪ من المدخنين المنتظمين والمفرطين في التدخين يشعرون بأمراض نفسية وجسمية عند الإقلاع فجأة عن التدخين، والسبب في ذلك انخفاض تركيز النيكوتين في الدم. والسيجارة وسيلة فعالة جداً لتنظيم جرعة النيكوتين التي يحتاج إليها المدخن، فهو يتحكم في الجرعة بسرعة التدخين أو العكس وبالاستنشـاق العميق، فالمدخن الذي يستنشـق ٧ ـ ١٠ مـرات عـلى فـترات أثنـاء تدخينه سـيجارة يحصل عـلى ٤٠ مجم من النيكوتـين، وهي جرعة سـامة، ولكن التحكم التدريجـي في تركيزها يخفف من آثارها المميتة بالإضافة إلى تعود جسم المدخن على النيكوتين.

وعند الاستنشاق يصل ٢٥٪ من محتوى الدخان من النيكوتين إلى المخ في خلال ٦ ثوان، أي: ضعف المدة التي تستغرقها جرعة الهيروين التي يحقن بها المدمن في الوريد حتى تصل إلى المخ.

ومـن يدخـن ٢٠ سـيجارة يومياً يتنـاول ٠٠٠, ٥٠ ـ ٠٠٠, ٦٠ جرعة نيكوتين في السـنة الواحدة، وهي نسـبة عالية جداً لا توازيها أي مادة كيميائية أخرى يتعاطاها الإنسان، ومدخن السجائر يحتاج إلى النيكوتين بسرعة ليخفف التوتـر، ولذلك يستنشـق الدخان ولهذا السـبب لا يسـتطيع مدخن السـجائر اسـتبدال الغليون أو السيجارة بها، وإن فعل ذلك استنشق الدخان مثلما يفعل عند تدخينه السجائر ويمتص النيكوتين من الأغشية المخاطية ويكمن في الدم ٣٠ ـ ٨٠ دقيقة، ثم يتم تمثيله ويتحول إلى مواد غير فعالة، وإن كانت نسبة منه تفرز في البول بدون تغيير (الدمرداش، ١٩٨٢م، ص ٢٦٩).

ويشـعر المدخن بعـد الإقلاع بسـاعات قليلـة باضطراب النـوم، وبتغير تخطيط مخه الكهربي، ويتأرجح بين الخمول والكسل وعدم الاستقرار والعصبية وسرعـة الإثارة، ويضعف تركيزه وتتقلب انفعالاته وتضطرب وظائف المعدة والأمعـاء وتتغـير سرعـة دقات القلب، ويشـعر بالصـداع والـبرودة والرغبة الملحة في العودة للتدخين.

وتسـتمر هـذه الأعـراض عادة لمدة أسـبوع تـزول أثنـاءه بالتدريج ومن مصاحبـات الإقلاع عن التدخين الشـعور بالجوع والإفـراط في تناول الطعام الـذي قد يـؤدي إلى زيادة وزن المدخن المقلع، والسـبب في هـذه الظاهرة غير معروف حتى الآن. (المرجع السابق، ص ٢٧٠).

وإقلاع الشـخص من عدمه يتوقف على عوامل مختلفة، من أهمها أخطار التدخين الصحية بصورة عامة وأخطاره على الشخص نفسه، ونظرة الشخص إلى التدخين.

فنجـد مثلاً أن البعض يخاطرون بصحتهم في سـبيل تجنب هذه المشـاعر، والحـل العملي هـو ألا يبدأ الإنسـان التدخين على الإطـلاق، ولكن هذا الحل بطبيعة الأمر ليس بين الأطباء.

وقـد أوضحت دراسـات عديدة أنه من الصعب الإقـلاع عن التدخين وخاصة بالنسـبة للمدخنين المنتظمين، الذين يدخنـون بكثرة على الرغم من المعرفة التامة بأخطار التدخين ومضاره.

فقـد كشـفت بعـض الإحصـاءات الأمريكية عـن أن نحـو ٩٠٪ بمن فيهـم المدخنون المراهقـون، قد حاولوا الامتناع عـن التدخين وأن ٨٠٪ من مدخنـي السـجائر حاولـوا أكثر من مـرة (١ , ٥ مرات في المتوسـط) و ٥٣٪ مـن لم يسـتمر امتناعهم عن التدخين أكثر من اسـبوعين وكما كشـفت بعض الإحصـاءات البريطانية عن فشـل أكثر من ٧٥٪ من محـاولات الامتناع عن تدخين السجائر. (محمود، ١٩٨٨م، ص ٧٧)

وهذه خلاصة شديدة التركيز للنتائج التي كشفت عنها بعض الدراسات الميدانية لتدخين السجائر. وجدير بالذكر كذلك أنه لابد من الحرص الشديد عنـد النظر في هذه العلاقات التي كشـفنا عنها، فليـس كل ارتباط دليلاً على علاقـة بـين علـة ومعلول أو سـبب ونتيجة. قـد يكون الأمر كذلـك وقد لا يكون. ولكن المهم من وجهة النظر العلمية والعملية أن كل ارتباط أو اقتران عندمـا يشـير إلى طريق موثوق به للتنبؤ من طـرف إلى طرف، وهذا التنبؤ هو الأسـاس وراء أي محاولة جادة للإفادة العمليـة أو التطبيقية من هذه النتائج في تصميم البرامج والسياسات الوقائية والعلاجية.

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

٤ . المنهج والإجراءات

٤ . ١ فروض البحث

للإجابة على تساؤلات هذه الدراسة فلقد صاغ الباحث فروضه على النحو التالي:

الفرض الأول: يؤدي البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة إلى مساعدة المدخنين للإقلاع عن التدخين.

الفرض الثاني: يؤدي البرنامج العلاجي المستخدم إلى خفض مستويات القلق والاكتئاب وتعديل بعض جوانب الشخصية (الانبساطية، الذهانية، العصابية، والميل للجريمة) للأفضل لدى المدخنين.

الفرض الثالث: يؤدي البرنامج العلاجي إلى استمرار التحسن على كافة متغيرات الدراسة سواء متغيرات الإقلاع عن التدخين والمتغيرات النفسية (كالقلق، الاكتئاب) والمتغيرات الشخصية (كالانبساطية، الذهانية، العصابية، الميل للجريمة) ما يعكس فاعلية برنامج الدراسة المستخدم.

٤ . ٢ المنهج المستخدم في البحث

المنهج الذي تم اتباعه في هذا البحث هو المنهج التجريبي للمجموعات والتصميمات التجريبية المتعلقة بمقارنة المجموعات التي تقدم إطاراً منتظماً لاختبار الفروق بين المجموعات وذلك بالنسبة لمتغيرات معينة بهدف الكشف عن العلاقات التي تؤدي إلى التنبؤ عبر الأفراد، وفيما يتعلق بذلك

هنـاك عدة تصميـمات تجريبية منها: القياس القبـلي والبعدي بوجود مجموعة ضابطة والقياس البعدي فقط بوجود مجموعة ضابطة بالإضافة إلى تصميمات أخرى عديدة.

وقـد اتبع الباحث في دراسـته تصميـم القياس القبـلي والبعدي بوجود مجموعـة تجريبيـة ومجموعتين ضابطتين، تـم معالجة المجموعـة التجريبية مع قيـاس المتغـيرات التابعـة قبل وبعـد المعالجـة التجريبية في حـين لم يتم علاج المجموعتـين الضابطتـين بـل تم قياس المتغـيرات التابعة قبـل وبعد دون أي معالجة.

٤ . ٣ عينات البحث

تكونـت عينـة الدراسـة الحالية مـن (٣٠) مدخنـاً متطوعـاً من طلاب الفرقـة الثالثـة والرابعة بكليـات الآداب، والحقوق والتجـارة من المنتظمين بجامعـة طنطا وجميعهم من المقيمين بالمدينة الجامعية للطلاب بسـبرباي وقد تم الحصول عليهم من عينة إجمالية قوامها ٣٩ طالباً مدخناً تم اسـتبعاد تسع حالات لعدم اسـتكمالهم لبرنامج الدراسـة، وتم تقسـيم الطلاب الباقين إلى مجموعتـين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة يبلغ عدد كل منهما (١٥ طالبا) وقـد بلغ متوسـط أعـمار المجموعـة التجريبيـة ٥٣ , ٢١ بانحـراف معياري ٣٢ , ٢، كما بلغ متوسط أعمار المجموعة الضابطة ٦٤ , ٢١ بانحراف معياري ٠٩ , ٢.

وقد تم توزيع أفراد عينة الدراسة إلى المجموعات التالية:

١ـ المجموعـة التجريبية: وقوامها (١٥) مدخنـاً من الذكور وهي التي تلقت علاجاً نفسياً جماعياً.

٢ـ المجموعة الضابطة: وقوامها (١٥) مدخناً من الذكور وتلك المجموعة لم تتلق أي علاج.

وقد راعى الباحث أن يكون الانضمام إلى الجماعة العلاجية في المجموعة التجريبية تطوعياً مع إشعارهم بأنهم سوف يستفيدون من الموقف والوسط الاجتماعي في الجماعة العلاجية، كما أنهم سوف يفيدون زملاءهم أعضاء الجماعة علاجياً في نفس الوقت.

الجدول رقم (١) يبين متوسطات أعمار مجموعات الدراسة الحالية وانحرافاتها المعيارية

المجموعة	العدد	متوسط السن	الانحراف المعياري
التجريبية	١٥	٢١,٥٣	٢,٣٢
الضابطة	١٥	٢٢,٠٣	٢,٠٨

وهناك عدد من المتغيرات التي روعي التكافؤ فيها عند اختيار عينات البحث الثلاث وهي على النحو التالي:

١ ـ الجنس

اقتصرت العينة على الذكور لعدة أسباب أهمها: أن نسبة المدخنين من الذكور تفوق مثيلتها من الإناث لاعتبارات اجتماعية وأخلاقية وثقافية.

٢ ـ العمر

روعي التماثل بين المتوسطات والانحرافات المعيارية بين مجموعات البحث في متغير السن.

٣ ـ مستوى التعليم

راعى الباحث أيضاً أن يكون أفراد العينة ممن يدخنون بصورة منتظمة من الطلاب الجامعيين وأن لا تقل فترة التدخين لكل منهم عن عام ولم

يتعرضوا للخبرة العلاجية من قبل وأن لا يقل عدد السجائر التي يدخنونها عن عشر سجائر يومياً وقد اعتمد الباحث في ذلك على ما ورد في الطبعة الثالثة من الكتيب التشخيصي الإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM III، 1984 pp: 69 - 79) الخاص بالاعتماد على التبغ Tobacco Dependence

٤ . ٤ الأدوات وشروطها السيكومترية

٤ .٤ .١ قائمة ملاحظة الأعراض الانسحابية الجسمية للامتناع عن التدخين: إعداد الباحث

تستخدم هذه القائمة لتقدير إحساس المدخن عندما ينقطع عن التدخين، وقد تم وضع هذه القائمة بناء على التعريفات الإجرائية للأعراض الانسحابية الجسمية.

من خلال الاتفاق بين عدد من الباحثين المتخصصين والمهتمين بميدان تعاطي النيكوتين، وكذلك من خلال الملاحظات الإكلينيكية المنظمة للمدخنين. والقائمة تتكون من:

أ ـ البيانات المميزة للمفحوص (الاسم، السن، المهنة، الجنس، المستوى التعليمي، تاريخ إجراء الاختبار، الحالة الاجتماعية).

ب ـ وتتكون القائمة من ١٨ بنداً تغطي مجموعة من الأعراض الجسمية التي يعاني منها المدخن لحظة انقطاع التدخين عنه، وكل بند يتكون من أربع عبارات بديلة متدرجة في الشدة من واحد إلى أربع درجات من بينها يطلب من المفحوص أن يختار العبارة الأكثر وصفاً لما يشعر به والتي تعكس حالته الراهنة عندما ينقطع عن التدخين ويتراوح مدى الدرجات من ١ ـ ٧٢.

١ ـ الخصائص السيكومترية للقائمة

لحساب ثبات القائمة قام الباحث بتطبيقها على عينة قوامها خمسة عشر مدخناً بمتوسط عمري قدره (١٤ , ٢٠) بانحراف معياري قدره (٣٤ , ٤) ثم أعيد تطبيق القائمة مرة ثانية بعد مرور (١٥) يوماً من التطبيق الأول، وباستخدام معامل ارتباط (بيرسون) لحساب معامل الثبات بلغ (٨٤ , ٠) وهذا يدل على أن للقائمة معامل ثبات يمكن الاطمئنان إليه.

وبالنسبة لصدق القائمة استخدم الباحث صدق المحكمين كمؤشر لصدق هذه القائمة وذلك من خلال الاتفاق بين عشرة محكمين لتحديد عناصر الأعراض الانسحابية الجسمية كما يلي:

١ ـ تم تحديد ما يشعر به المدخن من أعراض جسمية لحظة انقطاعه عن التدخين مباشرة، كما أشار إليها الباحثون والمتخصصون من خلال دراستهم وأبحاثهم.

٢ ـ تم تحليل مضمون الأعراض الانسحابية الجسمية وكذلك حساب تكرار العناصر المشتركة فيها.

٣ ـ تم حساب النسبة المئوية لتكرار العناصر المشتركة بين مضمون الأعراض الانسحابية.

٤ ـ تم حذف العناصر التي تقل نسبة تكرارها عن ٥٠٪

٥ ـ أسفر تحليل مضمون ما أكده المحكمون على ١٨ بنداً تدور حول الأعراض الجسمية التي يعاني منها المدخن لحظة انقطاعه عن التدخين.

٢ ـ تصحيح القائمة:

١ ـ كل بند في هذه القائمة يتراوح من ١ إلى أربع درجات حسب تقدير المفحوص للبند على النحو التالي:

شديدة (٤) متوسطة (٣) خفيفة (٢) لا يوجد (١)

٢ ـ يتم الحصول على الدرجة الكلية عن طريق الجمع البسيط للدرجات التي حصل عليها المفحوص عن كل بند، وتشير الدرجة الأعلى إلى أن الفرد يعاني من أعراض انسحابية جسمية شديدة.

٤ .٤ .٢ مقياس الاعتماد على النيكوتين (إعداد وتعريب بدر محمد الأنصاري) Self - Administered Nicotine Dependence Sacle (SANDS)

هذا المقياس من وضع ديفيس وآخرين (davis، et al.، ١٩٩٤) ولا توجد صورة عربية لهذا المقياس حالياً. ويشتمل هذا المقياس في صورته الأولى على ٧٩ بنداً (نعم ـ لا) ويحدد درجة الاعتماد على النيكوتين ويقيس (٦) أبعاد على النحو التالي:

١ ـ فاعلية الذات.

٢ـ اضطرابات المهارات الاجتماعية.

٣ـ فقدان السيطرة.

٤ ـ النتائج المترتبة على التعاطي.

٥ ـ الدعم الاجتماعي للتدخين.

٦ ـ التأكيد على الأسلوب الصحي في الحياه، ولهذا المقياس اتساق داخلي جيـد، فوصل معامل ألفا للدرجة الكليـة على صدق تلازمي جيد، ويصلح هذا المقياس للاستخدام مع المجموعات الإكلينيكية لتحديد سـلوك الاعتـماد عـلى النيكوتين، ويمكـن أن يسـتخدم كذلك أداة للفرز في علاج الاعتماد على النيكوتين،وهو أيضاً سـهل الاستخدام في التطبيق والتصحيـح والمقياس على درجة عالية من الثبات حيث حسب معامل ثباته بعدة طرق تتراوح ما بين (٧٧, ٠، ٨٨, ٠) وعلى درجة عالية من الصدق العاملي للمقياس من خلال تشبع جميع البنود تشبعاً جوهرياً.

٤ .٤ .٣ مقيـاس هاملتـون للقلـق (HARS) إعـداد وتعريب جبر محمد جبر (٢٠٠٠ ـ ب)

أعـده ماكـس هاملتـون عـام ١٩٥٩ Hamiltion Anxiety Rating Scale وأعادت إصداره شركة إيبجون Upjohn في يونية عام ١٩٩٠م يطبق عـلى المـرضى الذين يعانون من القلـق، ويعطي قيماً موثـوق بها توضح مدى التحسن عند إعادة التطبيق.

يتكـون المقيـاس في صورتـه الأصلية مـن ١٤ بنداً تقيـس الأربعة عشر عرضـاً التـي تضمنها دليـل القلق، تتراوح الدرجة عـلى كل بند من (صفر ـ ٤).

قام جبر محمد جبر (٢٠٠٠ ـ ب) بإعداد صورة عربية مكونة من (٤٠) بنداً أمام كل منها خمسـة احتمالات للإجابة تتراوح الدرجة على كل منها من صفـر إلى أربع درجات، وتصبـح الدرجة على المقياس تـتراوح من صفر إلى مائة وستين درجة، الدرجة المرتفعة تدل على القلق.

قـام معد المقياس بدراسـة الخصائـص السـيكومترية، فكانت معاملات الثبات مرتفعة بعدة طرق تراوحت معاملات الثبات من ٠,٧٣٥ إلى ٠,٩٥ وكان متسـقاً داخلياً وصادقاً بعدة طرق منها الصدق العاملي، والتلازمي مع سمة القلق ٠,٦١، وحالة القلق ٠,٦٢ ومن خلال المقارنة الطرفية.

٤ .٤ .٤ مقيـاس زنـج للاكتئاب: إعـداد وتجريب جبر محمد جبر (٢٠٠٠م ـ أ)

أعـده زنـج (Zung, W 1965) وهـو صالـح للبيئـة العربية كـأبسـط مقـاييـس الاكتئاب اسـتخداماً وأسرعهـا وقتاً بعنوان مقيـاس التقدير الذاتي للاكتئـاب A Self Rating Depression Scale (SDS) يتكـون المقيـاس في صورتـه الأساسـية مـن عشريـن بنـداً تمثـل أعـراض الاكتئـاب البدنيـة والنفسـية، أمـام كل منها أربعة احتـمالات للإجابة، وتـتراوح الدرجة عليها مـن ١ ـ ٤ أو مـن ٤ ـ ١ طبقـاً لسـياق العبارات إيجاباً أو سـلباً فقد صاغ زنج عـشر عبـارات بالإيجـاب مثـال (اسـتمتع بالحيـاة)، فالمسـتمتعون بالحياة لا يشـعرون بالاكتئـاب، ومثلهـا بالنفـي مثال (لا أشـعر بالراحـة في نومي) أو (أشـعر بالتعـب والإرهـاق بدون سـبب) وقـد أعد زنـج للمقيـاس مفتاحاً للتصحيح، والدرجة المنخفضة تعني انخفاض الأعراض الاكتئابية، والدرجة المرتفعة تعنـي وجود الأعراض الاكتئابية، يعـده كابلين وكوزين (Kaplain & Kozin, 19881, P. 22) من المقاييس المرتبطة بمواصفات الاكتئاب.

وقد دلل زنج على أن المقياس لديه قدرة على التفرقة بين مرضى الاكتئاب وغيرهم من مرضى الاضطرابات النفسـية والعقلية الأخرى والأسـوياء، كما أنه قادر على توضيح مدى التقدم في العلاج من خلال انخفاض الدرجة عليه في القياس البعدي، وقد اسـتخدمه زنج كثيراً على الراشـدين من كل الأعمار، وكان المراهقون والمسنون أكثر اكتئاباً من المراحل الأخرى بصفة عامة.

أما بالنسبة للمرضى فقد أكدت الدراسات انه لا يتأثر بالجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والذكاء (Rippere, 1994. P 100: Zung, 1965) والمقياس على درجة عالية من الثبات، حيث حسب معامل ثباته بعدة طرق وتراوح ما بين ٠,٦٧، ٠,٨١، كما أنه متسق داخلياً وعلى درجة عالية من الصدق تم حساب صدقه التلازمي مع عدد من المقاييس فكان معامل ارتباطه مع هاملتون يتراوح من ٠,٢٢ إلى ٠,٩٥ ومع بيك من ٠,٥٢ إلى ٠,٨٠ كذلك حسب صدقه عن طريق المقارنة الطرفية فكان قادراً على التفرقة بين مرتفعي ومنخفضي الاكتئاب، كما أن لديه قدرة على كشف الأعراض التي تختفي.

٤ .٤ .٥ استخبار أيزنك للشخصية[1] E.P.Q إعداد مصطفي سويف وآخرين

١ ـ وصف عام للاستخبار

هذا الاستخبار من وضع كل من أيزنك وإيزنك Eysenck & Eysenck عام ١٩٧٥م، وقام بترجمته وحساب شروطه السيكومترية مصطفي سويف وآخرون. (عبد الخالق، ١٩٨٠م، ص ٣٣٨).

كما ترجمه أيضاً أحمد عبد الخالق من الإنجليزية إلى العربية وحسب له معايير على عينة من المصريين وأخرى من الإنجليز. (الشيخ، ١٩٨٨م، ص ٢١).

(1) Eysenck Personality Questionnaire. E.P.Q.

ويعـد هذا الاسـتخبار آخـر تطورات قوائـم أيزنـك Eysenck، وأهم ما يفترق فيه هذا الاسـتخبار عـن قائمة أيزنك للشـخصية (E.P.I)[1] وهي الصورة السابقة مباشرة للاستخبار الحالي هو احتواء الاستخبار على مقياس إضافي للذهانية، وقد أجريت تعديلات على مقاييس الانبسـاطية والعصابية والكذب، ويشـتمل الاسـتخبار الأحدث على مقياس إضافي للإجرامية[2]، ويهدف إلى التمييز بين المجرمين وغير المجرمين. (عبد الخالق، ١٩٨٠م، ص ٣٤٥).

ويتكون مقياس أيزنك للشـخصية من (٩١) بنداً تقيس خمسة متغيرات وهي: الذهانية، العصابية، الانبساطية، الميل للكذب، وأخيراً الميل للجريمة. (Abdel - Khalek, & Eysenck, 1983 pp: 215 ـ 226) (عن الشيخ، ١٩٨٨م، ص ٢١).

ويمكن توضيح متغيرات الشخصية التي يقيسها اختبار أيزنك ويلسون كما يلي:

ـ الذهانية [3]

ليست المرض العقلي أو الذهان[4] بل هي سمة كامنة في الشخصية توجد بدرجات متفاوتة لدى كل الأشـخاص، وإذا وجدت درجة عالية بأنها تشير إلى أن لدى الفرد قابلية وإستعداد للشـذوذ النفسي. (عبد الخالق، ١٩٨٠م، ص ١٣).

---

(1) Eysenck Personality inventory E.P.i.

(2) Criminality.

(3) Psychoticism

(4)Psychosis.

ـ العصابية [1]

تشير المعاجم إلى أن العصابية ليست الاضطراب النفسي أو العصاب[2]، بـل هـي الاسـتعداد للإصابـة بالعصـاب، فالعصابيـة والاتـزان الانفعـالي مصطلحـان يشـيران إلى النقط المتطرفـة أو البعد الذي يتدرج من السـواء أو حسـن التوافق أو الثبات الانفعالي في طرف إلى سـوء التوافـق وعدم الثبات الانفعالي في الطرف المقابل، ولكل فرد مركز ودرجة على هذا البعد كما يقيسه هذا الاختبار. (سويف، ١٩٧٠م، ص ٢٩٢).

ـ الانبساطية [3]

الانبسـاط عامـل ثنائـي القطـب[4] يقابـل بـين الانبسـاط والانطـواء، ويعرف سـويف هذا البعد بأنه المحور الذي ينظم ظواهر السـلوك من حيث مـا يعرضـه من مظاهر تتذبذب بـين الاندفاع أو الكف ومـا يعرضه من ميل لدى الشـخص إلى التعلق لقيم مستمدة من العالم الخارجي، أو بقيم مستمدة من العالم الداخلي. (المرجع السابق، ص ١٣٠).

ـ الكذب[5]

يعرف هنا بأنه الجاذبية الاجتماعية أو ما يسـمى بالتأثير الوجيهي أي أن المفحوص يميل إلى تقديم نفسـه (من خلال اسـتجابته عـلى بنود المقياس في صـورة مقبولة اجتماعياً وإن اضطر إلى الكذب). (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٠م ص ١٠٧ ؛ حنورة ١٩٩٢م، ص ١٢٢).

---

(1) Neuroticism.
(2) Neurosis.
(3) Extraversion.
(4) Bipolar factor.
(5) Lie.

ـ الميل للجريمة[1]

وهي سلوك يميل صاحبه إلى مخالفة الأعراف ومعايير السلوك المتعارف عليها ويتفنن في إيذاء الناس ويستغل قدراته العقلية في الأعمال الانحرافية بالإضافة إلى ارتكابه الحماقات دون شعور بالذنب وتأنيب الضمير. (حنورة، ١٩٩٢م، ص ٨٠ ـ ١٢٥).

٢ـ صدق الاستخبار

ـ الصدق العاملي

تحقق الصدق العاملي لاستخبار أيزنك للشخصية في عدد من الدراسات، وسوف يشير الباحث هنا إلى دراسة أحمد عبد الخالق، سبيل أيزنك حيث إنهما قد أجريتا على عينات من المصريين كبيرة الحجم مكونة من (٦٤١) من الذكور، (٦٨٩) من الإناث، وقد حللت البنود عاملياً بطريقة المكونات الأساسية وأديرت العوامل تدويراً متعامداً بطريقة فاريماكس ثم تدويراً مائلا بطريقة بروماكس.

ـ الصدق التلازمي

تلتقي ارتباطات الاستخبار الحالي باختبارات أخرى للشخصية بوصفها إشارة لصدق الاستخبار. (انستازي، خولي، ١٩٥٩م، ص ٨٠).

وقد حظى هذا المقياس بالاهتمام حيث حسب صدقه التلازمي في دراسة مصرية لعبد السلام الشيخ، وقد أشارت دراسته إلى صدق تلازمي مرتفع. (الشيخ، ١٩٨٨ ص ص ٢٢ ـ ٢٣)

وأمكن استخراج عوامل متطابقة بين الإنجليز والمصريين في كل المقاييس الفرعية ما عدا عامل الذهانية. (Abdel, Khalak& Eysenck, 1983, pp: 215 - 226).

---

(1) Criminality.

وكذلـك تحقـق الصـدق العامـلي للاسـتخبار في دراسـة عبـد الخالـق، إبراهيم، مايكل بوديك. (Abdel, Khalek, Ibrahim & Budek, 1986 (pp: 65 ـ 72).

٣ ـ ثبات الاستخبار

استخرجت معاملات ثبات الاستخبار في عدد من الدراسات المصرية. كدراسة كل من (الشيخ ١٩٩٨م، حنورة، ١٩٩٢م، شكرى، ١٩٨٥م، عبد الله ١٩٨١م).

وقام عبد الخالق، أيزنك ١٩٨٣م، بحسـاب معاملات ثبات للمقاييس الفرعية لاستخبار أيزنك للشخصية وكانت على النحو التالي:

الجدول رقم (٢) يوضح معاملات ثبات المقاييس الفرعيـة لاستخبار أيزنك للشخصية

المقاييس الفرعية	معاملات الثبات	
	ذكور	إناث
الذهانية	٠,٥٩	٠,٤٥
الانبساطية	٠,٧٧	٠,٧٦
العصابية	٠,٨٠	٠,٨٠
الكذب	٠,٧٩	٠,٧٥
الميل للجريمة	٠,٧٦	٠,٧٤

ويلاحظ أن هذه المعاملات مرتفعة بشكل معقول بالنسبة لكل العوامل فيما عدا عامل الذهانية حيث كان منخفضاً نوعاً ما، كما يلاحظ أن معاملات ثبـات عينة الذكور مرتفعة بالنسـبة إلى معاملات ثبـات عينة الإناث، وذلك

فيما عدا تساوي معامل ثبات مقياس العصابية في كلتا العينتين. (Abdel- Khalak, & Eysenck, 1983, pp: 215 - 226).

٤ .٤ .٦ برنامج علاج نفسي جمعي للإقلاع عن التدخين

أولاً: مقدمة

انتشرت ظاهرة التدخين بين قطاع كبير من طلبة وطالبات الجامعة والتي ازدادت في الفترة الأخيرة كامتداد لظاهرة انتشار التدخين لدى طلبة الثانوية والمراهقين.

وأشار تقرير منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٥م إلى أن عدد الذين يموتون أو يعيشون حياة تعيسة من جراء التدخين يفوق عدد الذين يلاقون حتفهم بسبب الطاعون والكوليرا والجدري والسل والجذام والتيفوس في كل عام. (الأقطم عام ١٩٩٤م، ص١٣)

يعد العلاج النفسي الجمعي (Group Psycho Therapy) هو ذلك النوع من العلاج النفسي الذي يتضمن وضع المدخن من آخرين يعانون من نفس المشكلة ويجتمعون مرة واحدة على الأقل أسبوعياً ويقوم المعالج النفسي باثارة المشكلة وبدء الحوار عن طريق مواجهة الواقع والحقيقة.

وهذه الخطوة تعطي المدخن فرصة للاستبصار بمشكلته أيضا يقوم المعالج بتعريف المدخن مواطن القوة والضعف في مواقفه الحياتية والشخصية وذلك من خلال الخبرات والاختلاط مع الآخرين.

كذلك يعرف يحيى الرخاوي العلاج الجمعي بأنه ما يتم من تواصل وتعاون وبصيرة في جماعة مسؤولة لها قائد وهدف مشترك هو التخلص

من الإعاقة بالمرض وبسط القدرات نحو الصحة والمرض. (الرخاوي عام ١٩٩٣م، ص٤)

ثانياً: الأساس النظري للبرنامج العلاجي الحالي

يقرر الكثير من الباحثين أن الإنسان لديه ميل فطري طبيعي للحياة الاجتماعية مع الآخرين، حيث يعرف الإنسان في كثير من الدراسات بأنه (كائن اجتماعي أو أن الإنسان اجتماعي بطبيعته ولديه ميل طبيعي لتنمية وتكوين الارتباطات الوجدانية، ولديه أيضا الإحساس بالألم والقلق إذا ما اضطربت العلاقات الوجدانية أو انقطعت. (سليمان عام ١٩٨٩م، ص٢١)

إن العلاج النفسي في الإطار الجماعي يعلم المدمن أنماط السلوك الاجتماعية وأساليب التعامل مع الآخرين التي يفتقر إليها عادة المدمنون عن طريق تفاعلهم مع الجماعة، كما أن الجماعة تزود المدمن بالمساندة وتعلمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير وما إلى ذلك من عناصر أساسية للنمو المسلكي الصحيح. (الدمرداش عام ١٩٨٢م، ص١٢٠)

بالإضافة إلى أن المدخنين لديهم نقص أو خلل في المهارات الاجتماعية وبالتالي فهم لا يحصلون على تدعيم اجتماعي مناسب. (يوسف عام ١٩٨٩م، ص٦٧)

لذا يتعلم المدمن من خلال تفاعل الجماعة أساليب الحياة والمهارات اللازمة لحل المشاكل والتعامل مع الغير، فالعلاج النفسي يتيح فرصاً حقيقية لمارسة المهارات الاجتماعية وتحسينها بالإضافة إلى تزويد الإفراد بمدى كبير من النماذج فضلا عن التغذية الرجعية الحقيقية من الأفراد المختلفين. (دافيد وف عام ١٩٨٨م، ص٧١٥)

يستند البرنامج العلاجي الحالي في بنائه على نموذج العلاج النفسي الجمعي التكاملي، حيث يشير إلى عدم التقيد أو الالتزام بنظرية علاجية واحدة في عملية العلاج، بحيث يتجاوز هذا الاتجاه العلاجي حدود النظرية الفردية مستفيداً من النظريات العلاجية الفعالة في علاج التدخين وبالتالي فإن إعداد برنامج علاجي ذي توجه تكاملي للإقلاع عن التدخين قد يكون فعالا، ومن هنا فإن البرنامج العلاجي الحالي سيعتمد في بنائه على الجمع بين ثلاث نظريات علاجية في إطار تكاملي وهي:

١ـ العلاج السكوديناميي (التحليل النفسي الحديث)Psychodynamic Therapy.

٢ـ العلاج المعرفي السلوكي .Cognitive - Behavioral Therapy

٣ـ العلاج البين شخصي Interpersonal Therapy.

فمن المنظور التكاملي يمكن للمعالج النفسي أن يتدخل علاجيا من خلال زيادة استبصار المدخن بدفاعاته وحيله الدفاعية (علاج بالتحليل النفسي) ويعدل من أنماط التفكير الخاطئة والاعتقادات غير العقلانية (علاج معرفي سلوكي) وأن يحسن ويطور من المهارات الاجتماعية لدى المدخن (علاج بين شخصي) وهكذا فإن دمج مثل هذه العلاجات في إطار تكاملي يمكن أن يصبح أكثر فعالية.

ثالثاً: مراحل البرنامج العلاجي وأبعاده

يتكون البرنامج العلاجي الحالي من (٣١) جلسة علاجية، يتم انجاز هذه الجلسات خلال ثلاث مراحل علاجية تتشكل من خلال إسهامات النظريات العلاجية الثلاث:

مراحل البرنامج العلاجي هي:

١ـ المرحلة التمهيدية Initial Stage

وتتكون من (٤) جلسات علاجية.

٢ـ المرحلة العلاجية Therapeutic Stage

وتتكون من (٢٦) جلسة علاجية نفسية على ثلاثة مستويات من التدخل العلاجي على النحو التالي:

أ ـ المستوى المعرفي السلوكي Cognitive - Behavioral Level

وعدد جلساته (١١) جلسة ويركز على البعد المعرفي والبعد السلوكي وبعد تخفيض الأعراض المستهدفة لدى المدخنين.

ب ـ المستوى السكودينامى Psychodynamic Level

وعدد جلساته جلستان علاجيتان ويركز على البعد الانفعالي.

جـ ـ المستوى البين شخصي Interpersonal Level

وعدد جلساته (١٣) جلسة ويركز على بعد تحسين وتنمية المهارات الاجتماعية وتنمية الوعي بالآخرين والتركيز على ملاحظة الذات والتحكم في التغيرات السلوكية والتركيز على تأكيد الذات.

٣ـ مرحلة إنهاء العلاج Termination Stage

وتتكون من جلسة واحدة وتركز على الإرشادات المستقبلية للوقاية من الانتكاس ثم إعادة تطبيق الأدوات.

رابعاً: العلاقة العلاجية

ووفقا للإطار التكاملي للبرنامج الحالي فإن العلاقة العلاجية تعد عنصرا مهما وأساسيا في العملية العلاجية.

حيث يشير صلاح مخيمر إلى أن العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض هي أساس العملية العلاجية، أما الفنيات من استبصار أو تعديل للسلوك أو تعديل للبيئة فكلها أدوات يمكن للمعالج أن يستعين بها تبعا لطبيعة الموقف العلاجي. (صلاح مخيمر عام ١٩٧٧م، ص٣٠).

وبصورة عامة فإن العلاقة العلاجية في البرنامج الحالي ستقوم على التقبل والدفء والتسامح والألفة والتشجيع والاحترام والمشاركة الانفعالية والثقة والدعاية والتعامل مع المدخن كشخص لديه إمكانية للتغيير.

حيث إن ذلك يساعد المدخن على أن يتعلم ويتدرب على التعرف على الأفكار السلبية التلقائية وكذلك الاعتقادات غير العقلانية بل وتحديها واستبدالها بأفكار واعتقادات إيجابية بديلة.

وفي ظل هذا الجو العلاجي الذي يتسم بالدعابة والتعبير الحر والتسامح والتقبل يمكن للمعالج أن يحسن وينمي المهارات الاجتماعية لدى المدخن من خلال استخدام فنيات مثل لعب الدور والنمذجة و حل المشكلات.

خامساً: أهداف البرنامج العلاجي الحالي

تنقسم أهداف البرنامج الحالي إلى ما يلي:

١ـ الهدف العام

يهدف البرنامج العلاجي الحالي إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاج نفسي جمعي في الإقلاع عن التدخين وتعديل بعض المتغيرات النفسية للمدخن (القلق ـ الاكتئاب).

٢ـ الأهداف الخاصة

وهي عبارة عن الأهداف النوعية التي يسعى البرنامج العلاجي الحالي إلى تحقيقها خلال الجلسات وتتمثل في:

١ـ تحقيق الاستبصار وزيادة قدرة المدخن على حل الصراعات والتغلب على الإحباطات.

٢ـ تعديل أنماط التفكير السلبية المرتبطة بالتدخين.

٣ـ تدريب المدخن على أسلوب المواجهة.

٤ـ تحسين وتنمية المهارات الاجتماعية وتشجيع المدخن على المشاركة الفكرية في حل المشكلات.

٥ ـ فهم وتقييم الذات والوصول إلى التعديل المعرفي للسلوكيات غير السوية للمدخن.

٦ ـ تدريب المدخن على التعديل المعرفي لبعض الأفكار الخاطئة عن التدخين.

٧ـ التدريب على نمو وتنشيط النواحي المعرفية وذلك بتدريبهم على تأمل معاني الكلمات.

٨ ـ تدريب المدخنين على التأمل الذاتي والاسترخاء العضلي.

٩ ـ تنمية الوعي بالآخرين.

١٠ ـ تدريب المدخنين على ملاحظة الذات والتحكم في التغيرات السلوكية.

١١ ـ تدريب المدخنين على تأكيد ذواتهم.

١٢ـ إعداد المدخنين لمواجهة الضغوط المستقبلية الفعلية ووضع أهداف واقعية لحياتهم بعيدا عن التدخين.

١٣ـ التدريب على أسلوب حياة أكثر صحة بعيدا عن الانغماس في التدخين.

سادساً: أسلوب العلاج المستخدم في البرنامج الحالي Group Therapy

سوف يستخدم الباحث أسلوب العلاج النفسي الجمعي لاستغلال أثر الجماعة في تعديل سلوك الأفراد المدخنين وكذلك تغيير نظرهم للحياة وذلك في ظل مواقف مخططة تجريبيا.

سابعاً: مدة البرنامج العلاجي الحالي

سوف يكون البرنامج مقيدا بمدة زمنية محددة أربعة أشهر تقريبا بواقع جلستين أسبوعيا ولكل جلسة مدة معينة تتراوح ما بين ٦٠ ـ ٩٠ دقيقة.

مكان التطبيق:

سوف يتم تطبيق البرنامج في حجرة كبيرة جيدة الإضاءة والتهوية وتتسع لجلسات عينة البحث.

ثامناً: متابعة البرنامج Follow Up

تعد فترة المعاينة مهمة في البرنامج العلاجي، وخاصة في الإقلاع عن التدخين الذي كثيراً ما يعاني فيه المدخن من خطر الانتكاسة.

لذلك هناك فترة متابعة لمدة ثلاثة أشهر وبعدها يتم التطبيق التتبعي وذلك لمعرفة مدى فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة.

تاسعاً: الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج العلاجي

يتضمن البرنامج العلاجي عددا من الفنيات والأساليب العلاجية التي يتم استخدامها خلال الجلسات العلاجية عبر مستويات التدخل العلاجي الثلاثة وهذه الفنيات هي:

١ـ تحقيق الاسترخاء العضلي العميق.

٢ـ لعب الأدوار.

٣ـ اتخاذ القرار.

٤ـ أسلوب الحوار والمناقشة.

٥ـ التوجيه والجدل.

٦ ـ تفنيد الاستنتاجات اللا واقعية.

٧ ـ النمذجة.

٨ ـ الإرشاد الديني.

٩ ـ أسلوب حل المشكلات.

١٠ ـ التحليل المنطقي للأفكار.

١١ـ فنية إعادة البناء المعرفي.

١٢ـ فنية التغذية الرجعية.

١٣ـ تأكيد الذات.

١٤ـ التشريط التنفيري المعرفي.

١٥ـ أسلوب زيادة الأنشطة السارة.

١٦ ـ التدعيم.

١٧ ـ الواجب المنزلي.

عاشراً: مخطط جلسات البرنامج العلاجي

صمم الإجراء العلاجي وفقا للإجراءات التي وردت في الدراسات السابقة التي تناولت هذا الأسلوب وكذلك الإطار النظري، والتخطيط لجلسات البرنامج العلاجي يساعد المعالج على توجه مسار جلسات البرنامج وفقا لأهداف البرنامج ومراحله المختلفة وسوف يستند البرنامج إلى تعديلات وملاحظات السادة المشرفين والمحكمين للبرنامج.

وسنعرض فيما يلي مخططاً مقترحا لجلسات البرنامج العلاجي الحالي وفقا لمراحله المختلفة.

مخطط البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف منها	الفنيات المستخدمة	الإطار المرجعي
(١، ٢)	التهيئة والتعارف ـ ذكر خطوات البرنامج بصورة مختصرة	تكوين علاقة تعارف ودية	المحاضرة والمناقشة	علم النفس الإيجابي
(٣، ٤)	مناقشة عن مخاطر التدخين	أسلوب الحوار والمناقشة	الحوار	علم النفس الإيجابي
(٥، ٦)	تقسيم المجموعة إلى ثنائيات	معاونة الآخرين على تغيير السلوك	لعب الدور ـ وأسلوب المواجهة	النظرية السلوكية المعرفية

(٧، ٨)	اقتراحات من خلال بطاقات توزع	المشاركة الفكرية في حل المشكلات	حل المشكلات	النظرية السلوكية
(٩، ١٠)	مهارة اتخاذ القرار	القدرة على الاستقلال	التدريب على مهارة اتخاذ القرار	النظرية السلوكية
(١١)	التنفير من التدخين	تغيير الاتجاهات نحو التدخين	تشريط تنفيري معرفي	النظرية السلوكية المعرفية
(١٢)	فهم وتقييم الذات	وحدة الأفكار الخاطئة	تعديل معرفي	النظرية السلوكية المعرفية
(١٣، ١٤)	أثر الاسترخاء في تخفيف الضغط النفسي	أهمية الاسترخاء في خفض التوتر ومن ثم خفض الضغوط	التدريب على الاسترخاء العضلي	النظرية السلوكية
(١٥)	التركيز على ملاحظة الذات	تنشيط النواحي المعرفية	تأمل معاني الكلمات	نظرية الذات
(١٦، ١٧)	الاسترخاء عن طريق التصور	التصور الذهني للتخلص من التوتر والضغط النفسي	التخيل (الصور العقلية)	النظرية السلوكية المعرفية
(١٨، ١٩)	فهم الأفراد لما يقوله الآخرون	تنمية الوعي بالآخرين	لعب الأدوار	النظرية السلوكية المعرفية
(٢٠، ٢١)	فهم وتقييم الذات	ملاحظة الذات والتحكم في التغيرات	تأكيد الذات	النظرية السلوكية

(٢٢، ٢٣)	مساعدة المدخنين على اتخاذ القرار	تنمية الثقة بالنفس	اتخاذ القرار	النظرية السلوكية المعرفية
(٢٤، ٢٥)	تقسيم المجموعة العلاجية إلى مجموعات فرعية	وضع أهـداف واقعية	التدريب على تغيير أسلوب الحياة	النظرية السلوكية
(٢٦، ٢٧)	التحكم في بعض السلوكيات غير السوية	تأكيد الذات	تأكيد الذات ولعب الأدوار	النظرية السلوكية
(٢٨، ٢٩)	أفكار جديدة	تدريب المدخنين على تقديم أفكار جديدة	التغذية الرجعية	النظرية السلوكية
(٣٠، ٣١)	إرشادات للوقاية من الانتكاس في الجلسة الختامية	شغل وقت الفراغ في الأنشطة الرياضية والثقافية	الحوار والمناقشة والإرشاد الديني	القرآن والسنة

تنفيذ البرنامج

تـم تنفيـذ البرنامج خلال الفـترة الواقعـة مـن ١٥/ ١١/ ٢٠٠٦ حتى ٢٠/ ١/ ٢٠٠٧ على المجموعة التجريبية المكونة من ١٥ مدخناً على جلستين أسبوعياً.

تقييم البرنامج

القياس القبلي ـ القياس البعدي.

تـم تقييـم البرنامج مـن خلال مقارنـة درجات المدخنين قبـل البرنامج ودرجاتهم بعـد البرنامج وكانت الفترة بين القيـاس القبلي والقياس البعدي

ثـم قـام الباحـث بإعادة قيـاس كافة متغـيرات البحث المدروسـة من خلال متابعة العينة التجريبية بعد ثلاثة شهور من القياس البعدي.

٤ .٥ أساليب المعالجة الإحصائية

تم استخدام الأساليب التالية لتحليل بيانات الدراسة:

١ ـ المتوسط الحسابي.

٢ ـ الانحراف المعياري.

٣ ـ اختبـار «ت» لأنـه إذا كانـت قيمـة (ف) الناتجـة عن تحليـل التغاير دالة يتم حسـاب الفروق بين متوسـطات الحسـاب القبلي والبعدي للمجموعـات عـلى المتغـيرات السـابقة باسـتخدام اختبـار «ت». (Ibid, p 367).

الفصل الخامس

نتائج البحث

٥ . نتائــج البحث

يشـتمل هـذا الفصل على عـرض النتائج التـي توصلت إليها الدراسـة الحالية ومناقشتها على النحو التالي:

٥ .١ نتائج الفرض الأول

نـص الفـرض الأول: يـؤدي البرنامـج العلاجـي المسـتخدم في هـذه الدراسة إلى مسـاعدة المدخنين في الإقلاع عن التدخين. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار « ت » (T ـ test) لحساب الفروق بين متوسطات المجموعات ومتوسـطات القياسات القبلية والبعدية وذلك على النحو التالي:

الجدول رقم (٣) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لعدد السجائر التي يقومون بتدخينها قبل وبعد البرنامج

المتغير	عدد السجائر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	١٧,٦٦	٤,١٨	٩,٠٢	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٤,٨٥	٣,٣٤		

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

وجـود فروق ذات دلالة إحصائية بين القيـاس القبلي والقياس البعدي لـدى أفراد العينة التجريبية في صالح القياس القبلي عند مسـتوى ٠,٠١، ما يعنـي أن معدل تدخين العينة انخفض بشـكل دال، مـا يدل على أن البرنامج العلاجي كان له أثر في الإقلاع عن التدخين.

وللتحقق من النتيجة السابقة قام الباحث بالمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للتحقق من أن التحسن (النقص) الحادث في متوسط أعداد السجائر التي يدخنها الأفراد يعود إلى تأثير البرنامج العلاجي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (٤) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لعدد السجائر التي يقومون بتدخينها

المتغير	عدد السجائر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	١٧,٦٨	٣,٨٣	٩,٨٢	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٤,٨٥	٣,٣٤		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي عند مستوى دلالة ٠,٠١ لصالح المجموعة الضابطة. بمعنى أن متوسط أعداد السجائر التي يدخنها أفراد المجموعة التجريبية أقل ما يدل على أن التحسن (النقص) الحادث في متوسط أعداد السجائر التي يدخنها الأفراد يعود إلى تأثير البرنامج العلاجي.

الجدول رقم (٥) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الأعراض الجسمية

المتغير	الأعراض الجسمية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	٣٦,٨٠	١,٨٢	١٥,٥٨	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٢١,٠٥	٤,٦٦		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على متغير الأعراض الجسمية لصالح القياس القبلي بمعنى أن الأعراض الجسمية الناتجة عن التدخين قد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكد من أن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية تعود إلى تأثير البرنامج العلاجي قام الباحث بالمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (٦) يوضح نتائج المقارنة بين المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» في القياس البعدي على متغير الأعراض الجسمية بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة

مجموعات المقارنة	الأعراض الجسمية			قيمة ت	الدلالة
	ن	م	ع		
١ ـ مجموعة العلاج النفسي الجمعي (التجريبية)	١٥	٢١,٠٥	٤,٦٢	٨,٧١	٠,٠١
٢ ـ مجموعة المدخنين (الضابطة)	١٥	٣٧,٣٤	٥,٢٩		

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة من المدخنين في صالح المدخنين حيث بلغت قيمة « ت » ٨,٧١ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١ ما يعني أن برنامج العلاج النفسي الجمعي المستخدم أدى إلى تحسن جوهرى في متغير الأعراض الجسمية للتدخين لدى المجموعة.

الجدول رقم (٧) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة « ت « لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الاعتماد على النيكوتين

المتغير	الاعتماد على النيكوتين	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	٣٣,٦٧	٥,٨٦	٢٠,٦٩	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	١٨,١١	٤,٠١		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة عنـد مستوى دلالـة ٠,٠١ بين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعـة التجريبية عـلى متغـير الاعتماد على النيكوتـين لصالـح القيـاس القبلي بمعنـى أن درجة الاعتماد عـلى النيكوتين الناتج عن التدخين قد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكـد مـن أن الفـروق بـين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعة التجريبيـة تعـود إلى تأثـير البرنامـج العلاجـي قـام الباحـث بالمقارنـة بـين المجموعتـين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (٨) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» في القياس البعدي على متغير الاعتماد على النيكوتين لدى مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة

مجموعات المقارنة	الاعتماد على النيكوتين			قيمة ت	الدلالة
	ن	م	ع		
١ ـ مجموعة العلاج النفسي الجمعي (التجريبية)	١٥	١٨,١١	٤,٠١	٨,٣٦	٠,٠١
٢ ـ مجموعة المدخنين (الضابطة)	١٥	٣٤,٦٧	٦,٢٧		

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

وجـود فـروق جوهريـة دالـة إحصائيـاً بـين مجموعتي العـلاج النفسي الجمعي ومجموعة المدخنين على القياس البعدي لمتغير الاعتماد على النيكوتين في صالـح المدخنـين حيث بلغـت قيمة «ت» ٨,٣٦ وهي دالة عند مسـتوى ٠,٠١ مـا يعنـي أن البرنامـج العلاجـي للمجموعـة التجريبية قـد أدى إلى تحسن جوهري على متغير الاعتماد على النيكوتين.

٥ . ٢ نتائج الفرض الثاني

ينـص الفرض الثاني عـلى أن «يـؤدي البرنامج العلاجي المسـتخدم إلى خفـض مسـتويات القلـق والاكتئـاب وتعديـل بعـض جوانب الشـخصية (الانبساطية، الذهانية، العصابية، والميل للجريمة) للأفضل لدى المدخنين». وللتحقـق من صحة هذا الفرض اسـتخدم الباحث اختبار «ت» (T _ test) لحسـاب الفروق بين متوسـطات المجموعات ومتوسطات القياسات القبلية والبعدية وذلك على النحو التالي:

٥ . ٢ . ١ متغير القلق

الجدول رقم (٩) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير القلق

المتغير	القلق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	٣٨,٤٧	٥,٣٣	١٢,٨٤	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٣٠,١٥	٣,٨٦		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة عنـد مسـتوى دلالـة ٠,٠١ بين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعة التجريبيـة على متغـير القلق لصالح القيـاس القبلي بمعنى أن درجة القلق الناتج عن التدخين قد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكـد مـن أن الفـروق بـين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعة التجريبيـة تعـود إلى تأثـير البرنامـج العلاجـي قـام الباحـث بالمقارنـة بـين

المجموعتـين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (١٠) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة « ت » في القياس البعدي على متغير القلق بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة

المتغير	القلق	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	٣٩,١٠	٥,٩٤	٤,٧٣	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٣٠,١٥	٣,٨٦		

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي ومجموعـة المدخنين في القياس البعدي لمتغير القلق وذلك في صالح المدخنين حيـث بلغـت قيمة «ت» ٤,٧٣ وهـي دالة عند مسـتوى ٠,٠١ ما يعني أن البرنامج العلاجي قد أدى إلى تحسن جوهري في متغير القلق لدى المجموعة التجريبية.

٥ . ٢ . ٢ متغير الاكتئاب

الجدول رقم (١١) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الاكتئاب

المتغير	الاكتئاب	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	٤٧,٤٠	٥,٩٣	٧,٤٥	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٣١,٠٤	٣,٥٣		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة عنـد مسـتوى دلالـة ٠,٠١ بين القياسـين القبلي والبعدي للمجموعـة التجريبية على متغير الاكتئاب لصالح القيـاس القبلي بمعنى أن درجة الاكتئاب قد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكـد مـن أن الفـروق بـين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعة التجريبيـة تعـود إلى تأثـير البرنامـج العلاجـي قـام الباحـث بالمقارنـة بـين المجموعتـين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (١٢) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» في القياس البعدي بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة على متغير الاكتئاب

المتغير	الاكتئاب	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	٤٩,٣٥	٦,٣٧	٩,٤٣	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	٣١,٠٤	٣,٥٣		

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

وجـود فـروق دالـة إحصائيـاً بـين مجموعتي العـلاج النفـسي الجمعي ومجموعـة المدخنـين في القيـاس البعـدي لمتغـير الاكتئاب وذلـك في صالح مجموعـة المدخنـين حيث بلغـت قيمـة «ت» ٩,٤٣ وهي دالة عند مسـتوى ٠,٠١، مـا يعني أن البرنامج العلاجي قد أدى إلى تحسـن جوهري في متغير الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

٥ .٢ .٣ متغير الانبساطية

الجدول رقم (١٣) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الانبساطية

المتغير	الانبساطية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	١٧,٧٥	٣,٥٤	٢,٧٥	٠,٠٥
	تجريبية بعدي	١٥	١٥,٢٤	٣,٣٣		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة عنـد مسـتوى دلالـة ٠,٠٥ بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على متغير الانبساطية لصالح القياس القبلي بمعنى أن درجة الانبسـاطية قـد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكـد مـن أن الفـروق بـين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعة التجريبيـة تعـود إلى تأثـير البرنامـج العلاجـي قـام الباحـث بالمقارنـة بـين المجموعتـين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول (١٤) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» في القياس البعدي بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة على متغير الانبساطية

المتغير	الانبساطية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	١٧,٠٩	٣,٦٧	١,٤٣	غير دالة
	تجريبية بعدي	١٥	١٥,٢٤	٣,٣٣		

ومن الجدول السابق يتضح ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي العلاج النفسي الجمعي (التجريبية) ومجموعة غير المدخنين (الضابطة) وذلك في القياس البعدي على متغير الانبساطية ما يعني أن البرنامج العلاجي لم يؤد إلى أي تغير جوهري في هذا المتغير.

٥. ٢. ٤ متغير الذهانية

الجدول رقم (١٥) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الذهانية

المتغير	الذهانية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	١٧,٠٨	٣,٧١	٠,١٤	غير دالة
	تجريبية بعدي	١٥	١٦,٩٤	٣,١٧		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الذهانية. وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي لم يؤد إلى تخفيض الذهانية لدى العينة التجريبية للدراسة.

وللتأكد من عدم فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في تخفيض درجة الذهانية لدى أفراد العينة التجريبية قام الباحث بالمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (١٦) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» في القياس البعدي بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة على متغير الذهانية

المتغير	الذهانية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	١٨,١١	٤,٢٢	٠,٨٢	غير دالة
	تجريبية بعدي	١٥	١٦,٩٤	٣,١٧		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على متغير الذهانية. وهذا يدل على أن البرنامج العلاجي لم يؤد إلى تخفيض الذهانية لدى العينة التجريبية للدراسة. بدليل عدم وجود فروق دالة إحصائيا بينها وبين المجموعة الضابطة.

٥ .٢ .٥ متغير العصابية

الجدول رقم (١٧) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير العصابية

المتغير	العصابية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	١٩,٦٥	٣,٢٠	٢,٥٧	٠,٠٥
	تجريبية بعدي	١٥	١٥,١٨	٣,٨٩		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة عنـد مستوى دلالـة ٠,٠٥ بين القياسـين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبيـة على متغير العصابية لصالح القيـاس القبلي بمعنى أن درجة العصابية قد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكـد مـن أن الفـروق بـين القياسـين القبـلي والبعـدي للمجموعة التجريبيـة تعـود إلى تأثـير البرنامـج العلاجـي قـام الباحـث بالمقارنـة بـين المجموعتـين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (١٨) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة « ت « في القياس البعدي بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة على متغير العصابية

المتغير	العصابية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	١٨,٩٨	٣,٤٧	٢,٧٣	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	١٥,١٨	٣,٨٩		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مجموعتي العلاج النفسي الجمعي ومجموعة المدخنين في القياس البعدي لمتغير العصابية وذلك في صالح المدخنين حيث بلغت قيمة «ت» ٢,٧٣ وهي دالة عند مستوى ٠,٠١ ما يعني أن البرنامج العلاجي قد أدى إلى تحسن جوهري في متغير العصابية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

٥ .٢ .٦ متغير الميل للجريمة

الجدول رقم (١٩) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» لأفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على متغير الميل للجريمة

المتغير	الميل للجريمة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	تجريبية قبلي	١٥	٢٧,٣٢	٤,٢٠	٩,٢٥	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	١٧,٠٣	٣,١٨		

ويتضح من الجدول السابق ما يلي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على متغير الميل للجريمة لصالح القياس القبلي بمعنى أن درجة الميل للجريمة قد قلت في القياس البعدي عنها في القياس القبلي.

وللتأكد من أن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية تعود إلى تأثير البرنامج العلاجي قام الباحث بالمقارنة بين

المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول التالي:

الجدول رقم (٢٠) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» في القياس البعدي بين مجموعة العلاج النفسي الجمعي والمجموعة الضابطة على متغير الميل للجريمة

المتغير	الميل للجريمة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
المجموعات	ضابطة بعدي	١٥	٢٨,٦٥	٤,٣٣	٨,١٢	٠,٠١
	تجريبية بعدي	١٥	١٧,٠٣	٣,١٨		

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي العلاج النفسي الجمعي ومجموعة المدخنين في القياس البعدي لمتغير الميل للجريمة وذلك في صالح مجموعة المدخنين حيث بلغت قيمة «ت» (٨,١٢) وهي دالة عند مستوى ٠,٠١ ما يعني أن البرنامج العلاجي قد أدى إلى تحسن جوهري في متغير الميل للجريمة لدى المجموعة التجريبية.

٥.٣ نتائج الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على الآتي: «يؤدي البرنامج العلاجي إلى استمرار التحسن على كافة متغيرات الدراسة سواء متغيرات الإقلاع عن التدخين والمتغيرات النفسية (كالقلق، الاكتئاب) والمتغيرات الشخصية (كالانبساطية، الذهانية، العصابية، الميل للجريمة) ما يوضح فاعلية برنامج الدراسة المستخدم».

ولتحقيـق ذلك الفرض قام الباحث بحسـاب قيمة « ت » للمقارنة بين المتوسطات وذلك على النحو التالي:

الجدول رقم (٢١) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة «ت» للقياسات البعدية وقياسات المتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية وذلك على كافة متغيرات الدراسة (ن = ١٥)

القياسات / المتغيرات	القياس البعدي		قياس المتابعة (أي بعد ثلاثة أشهر)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
عدد السجائر	٤,٨٥	٣,٣٤	٥,١٠	٣,٧١	٠,١٨	غير دال
الانحرافات الجسمية	٢١,٠٥	٤,٦٦	٢٢,١٣	٣,٨٤	٠,٦٧	غير دال
الاعتماد على النيكوتين	١٨,١١	٤,٠١	١٩,٠٧	٤,٢٢	٠,٦١	غير دال
القلق	٣٠,١٥	٣,٨٦	٣١,١٤	٤,٠٢	٠,٦٦	غير دال
الاكتئاب	٣١,٠٤	٣,٥٣	٣٢,٢٥	٣,٨٨	٠,٨٦	غير دال
الانبساطية	١٥,٢٤	٣,٣٣	١٦,٠٩	٤,١٩	٠,٥٩	غير دال
الذهانية	١٦,٩٤	٣,١٧	١٧,٥٥	٣,٨٠	٠,٤٦	غير دال
العصابية	١٥,١٨	٣,٨٩	١٦,٢٦	٤,١٥	٠,٧١	غير دال
الميل للجريمة	١٧,٠٣	٣,١٨	١٨,١١	٣,٧٠	٠,٨٣	غير دال

من الجدول السابق يتضح ما يلي:

١ ـ لا توجـد فروق دالة إحصائياً ما بين القياس البعدي وقياس المتابعة (ثلاثة شـهور من القياس البعدي) وذلك على محكات الإقلاع التي تحددت بالتالي:

أ ـ عدد السجائر المدخنة.

ب ـ الأعراض الانسحابية الجسمية.

جـ ـ الاعتماد على النيكوتين.

ما يعني أن لبرنامج الدراسة أثراً جوهرياً في مساعدة المدخنين في الإقلاع عن التدخين.

٢ ـ لا توجد فروق دالة إحصائياً ما بين القياس البعدي وقياس المتابعة (ثلاثة شهور من تاريخ القياس البعدي وذلك على بعض المتغيرات النفسية والشخصية للمدخن كالقلق، الاكتئاب، الانبساطية، الذهانية، العصابية، الميل للجريمة) ما يعني أن لبرنامج الدراسة تأثيراً جوهرياً على تلك المتغيرات.

الفصل السادس

مناقشة نتائج البحث

٦ . مناقشة النتائج

٦ .١ الفرض الأول

يؤدي البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة إلى مساعدة المدخنين على الإقلاع عن التدخين وقد تحددت محكات الإقلاع فيما يلي:

١ ـ عدد السجائر المدخنة.

٢ ـ قائمة الأعراض الانسحابية الجسمية.

٣ ـ مقياس الاعتماد على النيكوتين.

وبالنظر إلى جدولي (٣، ٤) يتضح أن عدد السجائر التي كان المدخنون يدخنونها قبل التعرض للعلاج كان أكبر بكثير من عددها بعد العلاج ما يعني أن للبرنامج أثراً جوهرياً في مساعدة المدخنين في الإقلاع عن التدخين والذي يوضحه جدول (٣) وقد اتضح ذلك من خلال انخفاض معدلات الأعراض الانسحابية الجسمية بعد العلاج ما كانت عليه قبل العلاج بفارق جوهري وضحه الجدولان (٥، ٦) كما اتضح ذلك أيضاً من خلال انخفاض معدل اعتماد المجموعة التجريبية على النيكوتين كما بالجدولين (٧، ٨) وهي قيمة متسقة مع الجزء الأول في الجدول (٢) حيث إن انخفاض معدلات التدخين أدى إلى انخفاض معدلات الاعتماد على النيكوتين.

ما سبق تتضح فاعلية تفسير أسلوب العلاج النفسي الجمعي في خفض الأعراض الانسحابية الجسمية والاعتماد على النيكوتين باعتبارهما محكين للإقلاع عن التدخين في ضوء أن المدخنين وسط جماعتهم العلاجية لديهم شجاعة المواجهة والإصرار على الشفاء، كما أن انضمامهم في جماعة نابع من إحساسهم أنهم يريدون الإقلاع عن التدخين (Sadock, 1984, P: 22)

بالإضافة إلى العوامل المعرفية مثل توقع مكاسب علاجية واتجاه المدخن نحو المعالج ونحو العلاج ربما قد يسهم في تخفيف حدة هذه الأعراض. (إبراهيم، ١٩٨٣ ص ١٥٥)

ويفترض أن الجماعة طبقاً لقوانين علم النفس الاجتماعي تيسر السلوك السهل خاصة إذا كان مرغوباً فيه، أو إذا كان الفرد مسيطراً عليه، لذا فإن العلاج الجمعي قد يسهم في مساعدة المدخن على السيطرة والتحكم في هذه الأعراض الانسحابية للتدخين، لأن المدخن بإدماجه داخل جماعة يتوحد معها ويسيطر على سلوكه، ما يسهم في فعالية هذا الأسلوب العلاجي في خفض هذه الأعراض غير أن المدخن وسط الجماعة يتخلص من الشعور بالاختلاف، حيث يؤدي وجوده في جو الجماعة العلاجية إلى الاقتناع بأنه ليس وحده الذي ظهرت عليه الأعراض الجسمية. (Perkins I. 1972, P. 34).

بالإضافة إلى المسؤوليات والأدوار التي تلقيها عليه الجماعة، وإحساس كل مدخن أن دوره إيجابي في مساعدة الآخر، كل ذلك يمكن أن يشغل تفكيره ويبعد عنه توجسات الأوجاع والشعور بالآلام الجسمانية كما أنه يحتمل أن تكون لبعض التدريبات على الاسترخاء في برنامج العلاج الجمعي المستخدم في هذه الدراسة أثر في تقوية قدرة المدخن على مقاومة بعض الاضطرابات والآلام الجسمية، ما قد يسهم في فعالية تكنيك العلاج النفسي الجمعي في خفض الأعراض الانسحابية الجسمية للتدخين.

٦ .٢ الفرض الثاني

يؤدي البرنامج العلاجي المستخدم على خفض مستويات القلق والاكتئاب وتعديل بعض متغيرات الشخصية (الانبساطية، الذهانية، العصابية، والميل للجريمة) للأفضل لدى المدخنين.

٦ . ٢ . ١ أثر أسلوب العلاج النفسي الجمعي في خفض مستوى متغير القلق

تشير النتائج بالجدولين (٩، ١٠) إلى أن العلاج النفسي الجمعي للعينة التجريبية قد أدى إلى خفض مستوى القلق ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن أسلوب العلاج النفسي الجمعي يتيح للمدخن فرصة التدريب خلال جلسات يصممها الباحث طبقاً للبرنامج السابق طرحه على مهارات تساعد المدخن على مواجهة الانعصابات وهو في حالة قدرة على التحكم في مستوى القلق والاحتفاظ به عند المستوى المرغوب، كما أن قيام الباحث بدمج المدخن داخل جماعة متجانسة معه في السلوك المراد علاجه علاوة على تجانسهم في الجنس (ذكور) وتجانسهم في العمر (مرحلة الرشد) يسهم في خفض مستوى القلق المسؤول عن التدخين هذا وقد تأكد دور الجماعة المتجانسة في خفض القلق في الحالات السوية من خلال تجارب علم النفس الاجتماعي. (الشيخ ١٩٨٨ (ب)، ص ٧١) .

وهو ما تأكد للباحث في تعامله مع هذه المجموعة العلاجية بالإضافة إلى أن برنامج العلاج النفسي الجمعي كما هو مستخدم في هذا البحث أتاح الفرصة للمدخنين على التدريب على حل الصراعات والمشكلات في مواقف جماعية قريبة الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية وإتاحة الفرصة للمدخنين للنظر إلى مشكلاتهم من جوانب وأبعاد جديدة، وأنهم ليسوا الوحيدين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، ما يقلل آثار الانزعاج والقلق لديهم، بالإضافة إلى أن تدريب المدخنين على الاسترخاء والتأمل من خلال برنامج العلاج المستخدم في هذا البحث ربما يكون قد يساعد على التحكم في

القلق ومواجهة المؤثرات المقلقة، غير أن هناك سمة أساسية توفرها الجماعة العلاجية لأعضائها وهي خلوها من القلق والتوتر. (سليمان، ١٩٨٩م، ص ٢٥)

٦ .٢ .٢ أثر العلاج النفسي الجمعي في خفض مستوى الاكتئاب

بالرجوع إلى الجدولين (١١، ١٢) يمكن تفسير فاعلية العلاج النفسي الجمعي في خفض شدة الاكتئاب وذلك لأن هذا الأسلوب العلاجي يتيح للمدخن المكتئب محاولة إدخاله في تفاعلات اجتماعية من شأنها تعديل حالته المزاجية فالمدخن المكتئب كما أوضحت نتائج بعض الدراسات يعاني من عجز عن مواجهة واقعه وعدم القدرة على العمل في حالة غياب السيجارة. ولذلك ترتفع شدة الاكتئاب لديه. (أبو شهبة، ١٩٩٠م، ص ٤٢٦) .

ولأن العلاج الجمعي يقلل الشعور بالإثم ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة به، كما يقلل من حدة تمركز المدخن حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق ذاته وإحراز المكانة والتقدير ما ينمي الثقة في النفس ويقوي عاطفة اعتبار الذات، بالإضافة إلى أن هذا الأسلوب العلاجي يقوي احترام المدخن لذاته ويشجعه على البحث عن طريق أفضل لحل صراعاته ومشكلاته، ما ينمي شعوره بقيمته ويقلل من مخاوفه ويقضي على سلوكه غير السوي ويفتح الطريق أمام نمو أنماط سلوكية سوية. (Pell, Robert L., 1973, P: 269).

وهذا من شأنه إخراج المدخن المكتئب من حالة الكسل والخمول إلى حالة متدرجة من النشاط والتفاعل الاجتماعي والخروج من العزلة والانطواء، وهو أمر مهم للمكتئب، ما يعمل على تغيير حالته المزاجية،

بالإضافة إلى ذلك فالعلاج النفسي الجمعي قد يتيح الفرصة لدى الفرد إلى تعلم بعض الخبرات الوجدانية والمعرفية والسلوكية في جو علاجي تتوفر فيه مشاعر التقبل المتبادل بين أفراد المجموعة. (Monique J., 1989, P: 146)

ما يشجع الفرد المكتئب على أن يغامر بالدخول في مواجهة إنسانية عميقة مع الآخرين في المجموعة العلاجية بالإضافة إلى ميل كل عضو في المجموعة إلى أن يتخفف من تمركزه حول ذاته، وأن ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير ويشبع حاجته إلى الانتماء وعضوية الجماعة، وكل هذا يساعد ويسهم في تخفيف شدة الاكتئاب.

٦ .٢ .٣ أثر العلاج النفسي الجمعي في تعديل بعض المتغيرات الشخصية للمدخنين (الانبساطية)

يشير الجدولان (١٣، ١٤) إلى بعض متغيرات شخصية المدخن بتطبيق أسلوب العلاج النفسي الجمعي كما تقيسها أدوات الدراسة وهي على النحو التالي:

١ـ الانبساطية.

٢ ـ الذهانية.

٣ ـ العصابية.

٤ ـ الميل للجريمة.

ويمكن تفسير عدم فعالية الأساليب العلاجية المستخدمة في هذه الدراسة إلى أن الانبساط يعد من الأبعاد الأساسية الثابتة في الشخصية، وقد أكد ذلك هانز إيزنك سنة ١٩٤٧م. (عن: الشيخ، ١٩٩٣م، ص ٤٢).

ويفترض «إيزنك» أن لهذا البعد أساساً تشريحياً هو التكوين الشبكي. (عبد الخالق، ١٩٨٩م «ب» ص ٩).

وهذا التكوين يعتمد على المستوى الفسيولوجي على توازن الاستثارة والكف كوظيفة للجهاز العصبي. (أحمد، ١٩٨٨م، ص ٤٤).

وتحت شروط خارجية معينة يلجأ الفرد إلى التدخين لرفع مستوى الاستثارة إلى حده الأمثل من هنا يصبح أي تدخل علاجي غير فعال في تغيير هذا البعد.

٦ .٢ .٤ أثر العلاج النفسي الجمعي في تعديل بعض متغيرات الشخصية لدى المدخنين (الذهانية)

يشير الجدولان (١٥، ١٦) إلى أثر أسلوب العلاج النفسي الجمعي في تعديل متغير الذهانية.

أظهر العلاج النفسي الجمعي فعالية في التحسن العلاجي وتفسير ذلك يرجع إلى أن مقياس الذهانية المستخدم في هذه الدراسة والمشتق من اختبار أيزنك للشخصية « E.P.Q» يغطي بعض المصاحبات السلوكية الذهانية ولا يغطى الأخرى فهو يغطي الاندفاعية والعدوانية وفقدان الدلالة الاجتماعية السوية بمعني عدم التقييم السوي للمواقف البيئية، ويرى أيزنك أن هذه الخصائص ذهانية إلا أنه يجب ملاحظة أن الذهان كمرض يتضمن أعراضاً وفئات مرضية متباينة. (عن الشيخ ١٩٩٣ ص ٤٨، ١٩٨٨م (ج) ص ١٦)

وفي نفس الوقت تضم الذهانية مجموعة من الوظائف النفسية التي تنظم عملية التوافق مع المدركات عن الذات والعالم الخارجي. (سويف، ١٩٨٣م، ص ١٩٧)

وحيث إن الجماعة العلاجية في العلاج الجمعي تهيئ للمدخن رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته، إذ تعد الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره ومن ثم تساعده على تقييم مشكلات التقييم السوي ووضعها في موضعها الصحيح. (زهران، ١٩٨٧م، ص ٣١٠)

كذلك يتيح العلاج الجمعي الفرصة في تقوية احترام المدخن لذاته وتشجيعه على البحث عن طريق أفضل لحل صراعاته ومشكلاته ما ينمي شعوره بقيمته، ويقلل من مخاوفه، ويقضي على سلوكه غير السوي، ويفتح الطريق أمام نمو أنماط سلوكية سوية، وهذه خصائص وأعراض غير ذهانية، أيضاً الضغوط المعتدلة المتنوعة من أعضاء الجماعة في هذا الأسلوب العلاجي، والتدخل من جانب المعالج أو الباحث في حينه يساعد وينمي ويحقق ضبط النفس وعدم الاندفاعية وهي من خصائص الذهانية كما أشار إلى ذلك أيزنك.

كذلك فإن العلاج الجماعي يسمح بتحقيق العمليات الدينامية كالتنفيس واختيار الواقع والتسامي بحيث يؤدي في النهاية إلى خلق توازن جديد للشخصية يتميز بالذات القوية والاندماج في سلوك اجتماعي متوافق على المستوى الشخصي والاجتماعي. (سليمان، ١٩٩٢، ص ٢٩)

وبذلك تحققت فاعلية هذا الأسلوب العلاجي في تعديل متغير الذهانية لدى أفراد المجموعة العلاجية، وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من (أولسون Olsson 1973، ودراسة بين وآخرين Ben, et al., 1983).

٦ .٢ .٥ أثر العلاج النفسي الجمعي في تعديل بعض متغيرات الشخصية لدى المدخنين (العصابية)

بالنظر إلى الجدولين (١٧، ١٨) يمكن تفسير فعالية أسلوب العلاج النفسي الجمعي على خفض متغير العصابية على النحو التالي:

فالعصابية تشير إلى إرتفاع أو انخفاض القلق باعتبار القلق هو الخاصية المصاحبة بشكل تلازمي لهذا البعد، ويندرج في إطار هذا البعد جميع الخصائص الوجدانية والانفعالية من حيث تحقيقها لاتزان الشخصية. (الشيخ، ١٩٩٣م، ص ٤٥، ١٩٨٦م ص ٢٨٦)

وأيضاً العصابية لا تحدث إلا بتوفر درجة مرتفعة من الضغوط الشديدة أو الانعصاب نتيجة لحوادث وخبرات الحياة أو الاضطرابات البيئية الداخلية كالإصابة بمرض. (عبد الخالق، ١٩٨٩م (٣) ص ٤٠)

ولما كان برنامج العلاج النفسي الجمعي كما هو مستخدم في هذا البحث أتاح الفرصة لتدريب المدخنين على مارسة بعض المهارات التي تساعد الفرد على التوافق والتغلب على مواقف الانعصاب الفعلية من خلال الجلسات التي تضمنت بعض التدريبات كأسلوب حل المشكلات ومجابهتها ولعب الأدوار وكذلك تدريبات الاسترخاء والتي من المحتمل أن تكون قد ساعدت المدخن على التحكم في مستوى القلق المصاحب للعصابية والاحتفاظ عند المستوى المرغوب، فإن هذه النتيجة تتفق مع دراسة قام بها (Brissett, et al., 1983

٦ .٢ .٦ أثر العلاج النفسي الجمعي في تعديل بعض متغيرات الشخصية لدى المدخنين (الميل للجريمة)

يشير الجدولان (١٩، ٢٠) إلى ما يختص بأثر أسلوب العلاج النفسي الجمعي في تعديل متغير الميل للجريمة. ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن مقياس الميل للجريمة ليس مقياساً مباشراً للجريمة باعتباره استعداداً قابلاً للتنفيذ بقدر ما يقيس شعور الفرد بهذا الميل. (الشيخ، ١٩٨٨م، ص ٣٧)

وحيث إن برنامج العلاج النفسي الجمعي قد ركز على كيفية تعليم المدخن كيفية مواجهة مواقف الإحباط وكيفية التغلب عليها وذلك عن طريق التعبير عن مشاعره وحقوقه من خلال استجابات توكيدية وقبوله اجتماعياً دون الدخول في استجابات تهدف إلى زيادة إحداث الألم والضرر والإيذاء للآخرين ولمجموعته العلاجية، فيواجه بمزيد من النبذ منهم وهذا ما يؤدي إلى انخفاض التوتر لديه وتقليص عدوانيته، وبذلك يقوم بإشباع وتوليد استجابات السلوك من قبل الآخرين ومثل هذه الخبرات من الأخذ والعطاء هي التي تؤدي إلى ضبط عملية التفاعل الاجتماعي وتجعل المدخن قادراً على مواجهة ما يقابله من إحباطات في البيئة المحيطة به، وهذا ما يؤدي إلى خفض الميل لديه للجريمة أو تعديل السلوك السيكوباتي لديه.

أيضاً الضغط الذي يلقاه الفرد من خلال العلاقات الاجتماعية في الجماعة العلاجية ومجاراة الفرد للجماعة ومطابقة سلوكه مع سلوكها، وهي عمليات يكتسب من خلالها الفرد القيم والعادات الاجتماعية السوية بشكل يؤدي إلى تسوية سلوك العضو بما يتفق مع الجماعة السوية كما يتصورها العضو في الجماعة. (الشيخ، ١٩٩٣م، ص ٨٦)

بالإضافة إلى تقديم الجماعة للفرد بدائل للسلوك ليس له بها ألفة سابقة وذلك من خلال جلسات العلاج الجمعي، ومن ثم يكتشف المدخن بنفسه هذه البدائل ويتمثلها وتصبح جزءاً من سلوكه، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة أولسون (Olsson, 1973)

٦ .٣ الفرض الثالث

وقد صاغه الباحث على النحو التالي:

يؤدي البرنامج العلاجي إلى استمرار التحسن على كافة متغيرات الدراسة سواء متغيرات الإقلاع عن التدخين أم المتغيرات النفسية (كالقلق والاكتئاب) أم المتغيرات الشخصية (كالانبساطية، الذهانية، العصابية، الميل للجريمة) ما يعكس فاعلية برنامج الدراسة المستخدمة.

وبالنظر إلى الجدول (٢١) يتضح أنه قد تحقق صدق هذا الفرض ويمكن أن يفسر فاعلية أسلوب العلاج الجمعي النفسي في خفض عدد السجائر وكذلك خفض الأعراض الانسحابية الجسمية باعتبارهما محكين للإقلاع عن التدخين، حيث إن العلاج الجماعي قد أسهم في مساعدة المدخنين على السيطرة والتحكم في كمية السجائر التي يدخنونها وكذلك اتضح فاعليته في التحكم في الأعراض الانسحابية للتدخين لأن المدخن بإدماجه داخل جماعة نجد أن الجماعة تيسر له هذه السيطرة.

كذلك نجد أنه فيما يختص في تعديل متغير القلق يتضح امتداد أثر العلاج النفسي الجمعي في خفض القلق وأنه قد أتاح للمدخن الفرصة على التدريب في حل مشكلاته وصراعاته وكافة مشكلاته الحياتية ولذلك كان هناك انخفاض جوهري في القياس التتبعي (الشيخ، ١٩٨٨م، ـ ب)

ونجـد أيضـاً أنـه لا توجد فروق بـين القيـاس البعدي وقيـاس المتابعة بعد ثلاثة شـهور من تاريخ القياس البعدي وذلك على المتغيرات الشـخصية للمدخن (كالانبساطية، الذهانية العصابية، الميل للجريمة) ما يعكس فاعلية جلسات البرنامج العلاجي على المدخنين.

كـما أن العـلاج الجمعـي النفـسي يعـود أعضـاء الجماعـة عـلى التلقائية وشـعور الفـرد داخـل الجماعـة بالأمـان والمنـاخ الانفعـالي الدافئ مـا يخلق جـواً يتسـم بالاسـتقرار ويسـاعد المدخنـين عـلى التفاعـل وإتاحـة الفرصة لمارسـة بعـض المهـارات الشـخصية والاجتماعيـة والمشـاركة الانفعاليـة والتقبـل وتعديل أنماط التفكير السـلبية المرتبطة بالتدخـين وإعداد المدخنين لمواجهـة الضغـوط المسـتقبلية وتشـجيع المدخـن عـلى المشـاركة الفكرية في حل المشكلات ما يسهم في تعديل بعض البناءات الشخصية غير السوية.

٦ .٤ التوصيات

ما تطرحه هذه الدراسة من بحوث وتوصيات:

بالرجـوع إلى البحوث والدراسـات السـابقة نجد أن أسـلوب العلاج النفسي الجمعي كما استخدمته هذه الدراسات في المجال التطبيقي يكاد يمثل قالبـاً نمطياً ثابتاً وتتغير مكوناته طبقاً لرؤية المعالج بدون تحديد المتغيرات أو المكونـات التـي يتكون منها هذا البرنامج العلاجـي ومدى أثر كل مكون أو متغير في تعديل متغيرات شـخصية المدخن وأثـر كل منها في العلاج النهائي للتدخـين ويمثـل هذا البحث محاولـة متواضعة لإبراز هـذه المتغيرات ودور كل منها في تعديل بناء شـخصية المدخن والمجال لا يزال مفتوحاً وفي حاجة إلى بحـوث عديـدة. والباحث يـرى أنه لابد من اسـتخدام أسـلوب فاعلية

التشريـط التنفيري المعرفي في إطفاء عادة التدخين ويؤكد لاجاش Lagache أن السيكولوجي يفضل أن يتجه باهتمامه إلى الحالة الفردية ليلتقط منها معالم يضيء بها مشكلته.

ويوصي الباحث كذلك بالتالي:

١ ـ إيجـاد فـرص مناسـبة لعـرض النـدوات واللقـاءات والمحاضرات بمواضيـع متعلقة بأضرار التدخين وعلى مدى السـنة كاملة وكل ما يتيح الاسـتمرار والمداومـة على ترك عادة التدخـين بالمتابعة الفعالة المثمرة.

٢ ـ بيان مدى تلوث البيئة والهواء في المكاتب والأماكن العامة ومركبات النقل (ما يسـمى بالتدخين السـلبي) أي الفرد الـذي يتعرض لكل أخطار الدخان بالمخالطة دون مارسة للفعل.

٣ ـ يجب الانتباه لدور القطاع الخاص نحو مشـاركة فعالة إيجابية مثمرة نحو محاربة التدخين في المحلات التجارية والأسـواق الشعبية وغير ذلـك بوضع اللوحات الإرشـادية لهذا الغرض في الأماكن المختلفة عند المداخل أو المنافذ وعند أبواب الخروج.

٤ ـ إثـارة الوعي من خلال كافة الوسـائل المتاحة المريءية والمسـموعة والمقروءة بالآثار السلبية الناتجة عن التدخين.

المراجــع

أولاً: المراجع العربية

١ ـ إبراهيـم، آمـال (١٩٩٧م): نـدوة كليـة طـب القصر العينـي، التدخين والصحة العامة، جامعة القاهرة.

٢ ـ إبراهيم، عبد الستار عبد العزيز (١٩٨٣م): العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، القاهرة، مكتبة مدبولي.

٣ ـ أبـو العزائم، جمال ماضي (١٩٩٠م): الإدمان أسـبابه وآثاره والتخطيط للوقاية والعلاج، القاهرة، وكالة فينسيا للإعلان.

٤ ـ أبـو سريع، أسـامة سـعد (١٩٩٣م): الصداقة من منظـور علم النفس، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٧٩ .

٥ ـ أبـو شـهبة، هنـاء إبراهيـم (١٩٩٠م): علاقة الذكاء والسـمات المرضية بإدمـان الهيرويـن مؤتمـر علم النفس السـادس في مـصر، ٢٢ ـ ٢٤ يناير جامعة المنصورة، كلية التربية.

٦ ـ أحمد، زكريا توفيق (١٩٨٨م): دراسة لبعض سمات الشخصية وعلاقتها بالتدخين لدى طلاب كلية التربية، مجلة علم النفس، العدد السـابع السنة الثانية ص ص ٤٠ ـ ٤٤

٧ ـ أريتي، سـيلفانو: ترجمة عاطف أحمد (١٩٩١م): الفصامي كيف نفهمه ونساعده. دليل للأسرة وللأصدقاء، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٥٦ ديسمبر.

٨ ـ الأعـسر، صفـاء، (١٩٧٠م): دراسـة تجريبيـة في كيفية تخفيـض القلق، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية البنات.

٩ ـ الأنصاري، بدر محمد، (٢٠٠٣م): سلوك تدخين السجائر لدى طلبة جامعة الكويت: دراسة في شخصية المدخنين.

١٠ ـ الدمرداش، عادل(١٩٨٢م): الإدمان مظاهره وعلاجه، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٥٦.

١١ ـ الرخاوي، يحيى (١٩٩٣م): الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمع العلاجي السعودية دراسة منشورة قدمت بمستشفي الأمل بالمدينة المنورة.

١٢ ـ الزيادي، محمود (١٩٨٨م): علم النفس الإكلينيكي، التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٣ ـ السيد، عبد الحليم محمود، الصبوة، محمد نجيب، خليفة، عبد اللطيف، عبد الله معتز (١٩٨٧م): بعض ملامح اتجاهات تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى تلاميذ المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى بين عامي(١٩٧٨ ـ ١٩٨٦م)، المؤتمر السنوي الثالث لعلم النفس في مصر، كلية الآداب ـ جامعة القاهرة في الفترة من ٢٦ ـ ٢٨ يناير ١٩٨٧.

١٤ ـــــــــ(٢٠٠٢م): تعاطي المخدرات في المجتمع المدنى، وانعكاساتها على القوات المسلحة: أهم المعلومات والإجراءات التي تساعد على تحصين المجتمع العسكرى ووقايته من المخدرات، ورقة عمل مقدمة إلى الندوة العلمية للمخدرات ـ مركز الشؤون النفسية بإدارة الشؤون المعنوية في الفترة من(٢٥ ـ ٢٦ ديسمبر ٢٠٠٢م).

١٥ ـ الشيخ،عبد السلام أحمدي (١٩٨٨م): بعض الشروط المسؤولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير، مجلة علم النفس، العدد الثامن، السنة الثانية،ص ص ١١ ـ ٢٧

١٦ ـــــــــ(١٩٨٨م): في علم النفس الاجتماعي، (١٩٨٩م)، دلتا للطباعة

١٧ ـــــــــ (١٩٩٢م): مدخل إلى العلاج والإرشاد النفسي خاصة من المنظور السلوكي، طنطا، مطبعة دلتا.

١٨ـــــــــ (١٩٩٣م): الفروق الفردية على أبعاد الشخصية، طنطا، مكتبة ممدوح.

١٩ ـ الطيب، محمد عبد الظاهر (١٩٩١م): محاضرات في الصحة النفسية. طنطا، مكتبة سماح.

٢٠ ـ العزبي، مديحة محمد(١٩٨٧م): التدخين وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة. مجلة علم النفس م.ج مجلد ٢ ع ٨.

٢١ ـ الفخراني، خالد إبراهيم(١٩٩٢م): تعديل درجة توافق التلاميذ المشكلين باستخدام بعض الأساليب العلاجية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا، كلية الآداب.

٢٢ ـ الفخراني، خالد إبراهيم (٢٠٠٣م): بعض السمات المنبئة باستمرار تدخين السجائر لدى عينة من المدخنين المصريين، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثالث عشر، العدد ٤٠، يوليو، الهيئة المصرية للكتاب.

٢٣ ـ المسير، محمد يوسف(١٩٩٢م): المنجد في اللغة والإعلام، الطبعة الثالثة والثلاثون، بيروت، دار المشرق.

٢٤ ـ جبر، محمد جبر (٢٠٠٠م): بناء مقياس زنج للاكتئاب، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، آداب المنيا، الجزء الثالث، يناير ص ص ٢٠٣ ـ ٢٣٣.

٢٥ ــــــــــ (٢٠٠٠م): القلق لدى عينات من طلاب الجامعة المصريين والسعوديين، دراسة عبر حضارية، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، المجلد الحادى عشر، العدد الرابع، أكتوبر. ص ١٤٩ ـ ٢١٠.

٢٦ ـ حافظ، أحمد خيري، ومجدي حسن محمود (١٩٩٠م): أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر، السنة الرابعة، ص ص ٨٤ ـ ٩٣.

٢٧ ـ حبشي، نجدي ونيس، (١٩٩١م): دوافع سلوك التدخين كما يدركها الطلاب المدخنون وغير المدخنين بكلية التربية، جامعة المنيا. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، م.ج ٤ ع.ع ٤.

٢٨ ـ زهران، حامد عبد السلام (١٩٧٨م): الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، القاهرة، عالم الكتب.

٢٩ــــــــــ (١٩٨٠م): التوجيه والإرشاد النفسي ـ الطبعة الثانية، القاهرة، عالم الكتب.

٣٠ ـ سبيلبرجر، وجورستسن ولسن (١٩٧٠م): تعريب أمينة كاظم: قائمة حالة وسمة القلق الكويت، دار القلم.

٣١ ـ سليمان، علي سليمان (١٩٨٩م): مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجمعي غير الموجه في تخفيف معاناة الوحدة النفسية ـ بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر بجامعة طنطا، كلية التربية، يناير.

٣٢ ـــــــ (١٩٩٢م): الإرشـاد النفسي والعلاج النفسي، طنطا، مكتبة ممدوح .

٣٣ ـ سويف، مصطفى (١٩٨٣م): علم النفس الحديث، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٤ـ السيد، عبد الحليم محمود، الصبوة، محمد نجيب، خليفة، عبد اللطيف، (١٩٨٦م): تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانويـة العامـة بمدينة القاهـرة الكبرى، المركـز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٣٥ـ المخـدرات والمجتمع، عالم المعرفة، (١٩٩٦م) ـ الكويت العدد ٢٠٥، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٣٦ ـ شيدلينجر، سول: ترجمة سامي محمود علي(١٩٧٠م): التحليل النفسي والسلوك الجماعي، القاهرة، دار المعارف.

٣٧ ـ عبـد البر، هند سـيد طـه، (١٩٨٨م): تدخين السـجائر طويل المدى: دراسـة للأداء على بعض الاختبارات النفسـية الموضوعية، رسـالة دكتوراه غير منشورة ـ كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٣٨ ـ عبـد الخالـق، أحمـد محمـد(١٩٨٩م): اسـتخبارات الشـخصية، الإسكندرية، دار المعارف.

٣٩ـــــــــ(١٩٩٠م): الأبعاد الأسـاسـية للشخصية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٤٠ ـ عبـد الله ، معتـز، خليفة ـ عبد اللطيـف (١٩٩٢م): المعتقدات حول تدخين السـجائر واقترانها بكل من مركـز التحكم والقلق، بحوث

في علـم النفـس الاجتماعي والشـخصية، المجلـد الأول. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٤١ ـ عبـد الله ـ معتـز، خليفـة ـ عبـد اللطيـف (١٩٩٢م): أبعـاد نسـق المعتقدات حول تدخين السجائر. بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية مجلد م.ج١ القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٢ ـ عطـري، مصطفى ماهـر (٢٠٠٠م): التدخين والصحة، المركز العربي للوثائق الكويت.

٤٣ ـ عيـاد أحمـد عبـد الفتـاح (١٩٩٤م): مقارنة بين أثر الأسـلوبين الطبي والجماعي النفسي على علاج الإدمان، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة طنطا (غير منشورة).

٤٤ ـ عيسوي، عبد الرحمن محمد (١٩٨٩م): العلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة.

٤٥ ـــــــــ(١٩٩٠م): الإرشاد النفسي، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.

٤٦ ـ غنيم، سيد محمد (١٩٧٥م): سيكولوجية الشخصية، محدداتها، قياسها، نظرياتها، القاهرة، دار النهضة العربية.

٤٧ ـ فـؤاد، هاشـم (١٩٩٦م): نـدوة كليـة طـب القصر العينـي، التدخين والصحة العامة، جامعة القاهرة.

٤٨ ـ كاشـدان، شـيلدون: ترجمة أحمد عبد العزيز سـلامة (١٩٨٨م): علم نفس الشواذ، بيروت، دار الشروق.

٤٩ ـ كولز، أ.م: ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ماجدة حامد حماد، حسـن علي حسـن ومراجعـة أحمد محمد عبـد الخالـق (١٩٩٢م):

المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، الإسكندرية دار المعرفة الجامعية.

٥٠ ـ محمد، محمد درويش (١٩٩٧م): الفاعلية العلاجية لتكنيك التشريط التنفيرى المعرفي في إطفاء عادة التدخين لدى طالبات الجامعة: دراسة سيكومترية إكلينيكية مجلة علم النفس العدد ١١ ص ٤٤.

٥١ ـ محمود، عبد المنعم شحاتة (١٩٨٩م): بعض محددات بدء المراهقين تدخين السجائر، مجلة علم النفس، عدد ١٢، الهيئة المصرية للكتاب، ص ص: ٨٣ ـ ٨٩.

٥٢ ـ معمور، عبد المنان ملا (١٩٩٣م): الأساليب العلاجية النفسية لنوعيات الإدمان القاهرة، مجلة النفس المطمئنة، العدد الثالث والثلاثون ـ السنة الثامنة، ص ص ١٥ ـ ١٦.

٥٣ ـ يوسف (جمعة سيد) (١٩٨٩م): دور الاختصاصي النفسي في علاج الإدمان بين الإمكانية والتحقيق، مجلة علم النفس، العدد الثاني عشر، السنة الثالثة، ص ص ٦٥ ـ ٧١.

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Aarts, H. Verplanken, B., And Vanknippenberg, A., (1998) Predicting Behavior from Actions in the Past: Repeated Decision Making or A Matter of Habit, *Journal of Applied Social Psychology, 28: 1355 ـ 74*.
2. Acton, S.G Prochaska, J. J., Kaplan, A.S., Small, T., & Hall, S.M. (2001): Depression And Stages of Change For Smoking In Psyciatric Outpatients, Addictive Behaviors, 26.
3. Adelaida, B.,(1972): **Inside Psychotherapy « Nine**

Clinicians Tell How They Work And What They Are Trying To Accomplish, New York: pergamon Pressinc.

4. Al - Sabwah, M.,N., (2002): Behavioral And Cognitive Predictors of Smoking Abstinence Among Egyptian Adult Smokers, *Dersat Nagseyah, 12,1*.
5. Alexander, C., Piazza M., Mekos, D., And Valenten, T., (2001): Peers, Schools , And Adolescent Cigarette Smoking, *Journal Of Adolescence Health, 29 - 30*.
6. Angst, J, And Clayton, P: (1998): Personality, Smoking And Suicide: A Prospective Study ,*Journal of Affective Disorders*, 51: 55 62.
7. Bandura, A., (1971): Social Learning Theory, New York: General Learning Press. Ss Self - Efficacy: Toward Unifying Theory of Behavioral Change, Available At (Www. Unikoeln. De/Phi/Fak/Paedsem/Psych/ Median/Medpsy/Bandura/Index.
8. Bandura, A., (1997): Self - Efficacy: The Exercise of Control, New York: Freeman.
9. Bandura, T., H., (1994): Negative Affect As Motivation To Smoke, *Current Directions In Psychology Science*, 3: 33 - 37.
10. Bell, R.,L., (1973): Can Addicts Relate To « Straights» Drug *Forum. Vol, 2 No. 3 Pp: 265 - 270*.
11. Boylin, E., R., (1971): Using Psychodrama To Introduce A New Drug Addict To Members Of Aconcept House: Acase Study, *Group Psychotherapy & Psychdrama, , Vol 24* , No (1 -2) Pp: 31 - 33.
12. Brissett, D., Asher (R.) And Spicer (J.) (1983):

Transcendentol Meditation As A Theropeutic Tool For Durg User *American Journal Of Drug & Alcohal Abuse*, Vol. 12, No. 2. Pp: 118 - 125.

13. Brown, R. A, Kahler, C.W., Zvolensky, M.J. Lejuez, C.W., & Ramsey, S.E (2001): Anxiety Sensitivity: Relationship To Negative Affect Smoking And Smlikng Cessation In Smokers With Past Major Depressive Disorder. *Addictive Behaviors, 26*.
14. Comeau, N., Stewart, S.H., & Loba, P. (2001): The Relations of Trait Anxtety, Anxiety Sensitivity, And Sensation Seeking To Adolescents Motivations For Alcohol, Cigarette, and Marijuans Use. *Addictive Behaviors*, 20.
15. Dijkstra, A., Roijackers, J. & Deveries, H, (1998): Smokers In Four Stages of Readiness To Change. *Addictive Behaviors. 23*.
16. Edinger, J.,A., & Patterson, M.,L., (1983): Nonverable Involvement and Social Control, *Psychological Bulletin, , Vol, 93 - No 1. Pp: 30 - 35*.
17. Edwards, D.,C., (1968): General Psychology, New York, Macmillan Puhlishing Company.
18. Eysenck, H., J., (1973): Personality And The Maintenance of The Smoking Habit. In Dunn, W., L., (Ed.), Smoking Behavior: Motives and Incentives. Washington, D. C.: Winston/Wiley.
19. Ferguson, G.,A., (1981): Statical Analysis In Psychology And Eduction London, Mc Gruw - Hill Inter - Book Company.

20. Frank, J., D., (1973): Therapeutic Factor In Group Psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*.. Vol. 25, No. 2, Pp: 350 - 361.
21. Frosch, D., L., Shoptaw, S., Nahom, D., and Jarvik, M., (2000), Association Between Tobacco Smoking And Illicit Drug Use Among Methadone - Maintenance Opiate Dependent Individuals, *Journal of Experimental And Clinical Psychophramacology*, Feb, 2000, Vol 8 No. 1: 97 - 103.
22. Guidroz, Fay T., (1971): Evaluation of Four Treatment Approoches For Drug Addiction. *Dissertation Abstracts International Vol, 31, No. 9, P. 5623*.
23. Heilter, J., B., (1973): Preparation of Lower Class Patients For Expressive Group Psychotherapy. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*., vol. 41, No. 1 Pp: 251 - 254.
24. Jeanne, Monique, A., (1989): Group Psychotherapy With Drug Addicts, *Journal of Substance Abuse Treatment*,. vol. 7, No, Pp: 141 - 148.
25. Joseph, S., Manafi, E., Iakovaki, A., M., & Cooper Self - Efficacy To Quit, *Journal Of Personality And Individual Deferences*.
26. Kaufman, E., (1978): Individualized Group Treatment For Drug Dependent Clients. *Group*.. vol. 2 No. 1 , Pp; 22 - 30.
27. Kawakami, N., Takai, A., Takasuka, N., And Shimizu, H., (2000), Eysencks Personality And Tobacco / Nicotine Dependence In Male Ever - Smokers In Japan

Addictive Behaviors. *Vol. 25, No, 4: 585 - 591*.

28. Leslie, Rice, A., (1982): Strategy And Tactics In Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*. Vol. 29, No. 2, Pp: 115:121.
29. Mabry, E.,A., & Barnes, K., E., 1980: The Dynamics of Small Groups *Communication*, vol. 4. No. 2.
30. Moore, K., A., & Miller, B., L., (2001): Psychological Aspects of Drug Use, Available At (Www. Apa. Org/ Journal/Durgrev.Html)
31. National Institute For Health (1998): Who Is Causing So Much Smoking In The U.S.A.?
32. Olsson, A., (1973): Psychodrama And Group Therapy With Young Heroin Addicts Returning From Duty In Vietnam, *Group Psychotherapy & Psychodrama*. vol. 25, No 4, Pp: 141 - 147.
33. Patterson, C., H., (1990): Theories of Counseling And Psychotherapy, New York, Harper & Row.
34. Perkins, I., H., 1972: A Unique Approach To Hospital Treatment Of Narcotic Addicts, *Adolescence*, vol 6. No. 25, Pp: 29 - 46.
35. Redono, Jose P., Et Al, (1973): Evaluation of Outcome In Psychotherapy: A Hardy Perennial, *International Journal Group Psychotherapy*, vol. 36. No. 5 Pp: 609 - 617.
36. Rennard, P. S., (1999): Randomized Controlled Trail of Congnitive Behavioral Therapy For Smoking Living In A Deprived Area, Of Brittan.

37. Rogers, Carl. R., 1970: On Encounter Group. New York, Macgrow, Hill.
38. Russell, M., A., H., Peto, J., & Pavel, V., A., (1990): The Classification of Smoking By Factorial Structure of Motives (Available At Www. Deugabuse. Org/Search/ Facts).
39. Sadock, Benjamin J., (1984): Group Therapy For Hospitalized Drug Addicts, *Psychiatric.. Annals*, Vo. 104 No. 2. Pp: 18 - 23.
40. Schurtman, R., (1982): Palmatier (A) & Gay, (R), On The Activation of Symbiotic Gratifiaion Fantasies As An Aid In The Treatment of Alcoholics, *International Journal of The Addictions*, Vol. 17, No. 7, Pp: 1157 - 1171.
41. Shaskan, Donald, A., (1972): Group Psychotherapy: Persent Trends In Management of the More Servere Emotional Problems *Psychiatric Annals*, vol. 2 No. 4 Pp: 10 - 15.
42. Souief, M., Et Al, (1986): Extent and Pattern of Drug Abuse And Its Associated Factor In Egypt, *Bulletin On Narcotics*,. vol. 38, No. 142. Pp: 117 - 118.
43. Speilberger, C., D., (1986): Psychological Determinates of Smoking Behavior In Tollinson, R.D., (Ed.) Smoking and Society Toward A More Balanced Assessment, (Lexington, M.A. Heath).
44. Speilberger, C., D., and Jacobs, G., A., (1982): Personality And Smoking Behavior. *Journal of Personality Assessment 46 (4): 396 - 403*.

45. Swinyard, W., Kau, A., And Phaua, H., (2001): Happiness, Materialism, and Religious Experience In the U.S.A. And Singapore, *Journal of Happiness Studies Vol, 2: 13 - 32*.

46. Vessey, M. (1996): Fertality After Stopping Different Methods of Contraception, 13.265 ـ 67.

47. Vogal, J., S., (2003): The Relationship Between Depression and Smoking In Adolescents, *Journal of Adolescence*, Spring 2003 Available At (Www. Findarticles. Com).

48. Warburton, D., M., (1992): Smoking With In Reason, *Journal of Smoking and Related Disorder*, Vol. 3: 55 - 59.

49. Weston, R., (1993): Adolescent Cigarette Smokers and Their Families, *Australian Institute of Family Studies*, No. 36 Dec. 1993: 40 - 42. Available At (Www. Aifs, Com).

50. Wills, T., A., (1986): Stress and Coping In Early Adolescence: Relationship of Smoking and Alcohol Use In Urban Samples. *Journal of Health Psychology. Vol.5:503 - 529*.

51. Windle, M., And Windle, R., (2001): Depressive Symptoms And Cigarette Smoking Among Middle Adolescents Prospective Associations and Interpersonal and Interpersonal Influences, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, No. 2: 215 - 226.

52. Yalon. I.,D., & Lieberman, M.,A (1972): A Study Of Encounter Group Casualties *Group*. Vol. 28, No. 2 Pp:16 - 22.